

Anamnesebogen

Bitte in Druckbuchstaben und leserlich ausfüllen

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer/-n: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Krankenkasse (gesetzlich oder privat): _____

Gegebenenfalls Hauptversicherter:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten? Zutreffendes ankreuzen:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Asthma/COPD | ☐ Rheuma | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Infarkt | ☐ Diabetes mellitus |
| ☐ Durchblutungsstörung | ☐ Lebererkrankung | ☐ Krampfanfälle |
| ☐ Magendarmerkrankung | ☐ Osteoporose | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Depression | ☐ Tumorerkrankung | ☐ sonstiges: _____ |
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ Dialysepflichtig | |

2. Bekannte operative Eingriffe?

Wenn **ja**, welche und wann? _____

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn **ja**, welche? _____

4. Haben Sie Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten?

Wenn **ja**, welche? _____

5. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ungewiss

6. Ich bin mit der Weitergabe meiner Behandlungsdaten (Befunde, Diagnosen etc.) an weiter und/oder mitbehandelnden Ärzten einverstanden, soweit dies zu meiner ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

☐ Ja ☐ Nein

7. Ich bin mit der ärztlichen Vertretung innerhalb der Gemeinschaftspraxis mit der Weitergabe meiner Behandlungsdaten und der Einsicht in meine medizinischen Daten einverstanden.

☐ Ja ☐ Nein

8. Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt alle für die Dokumentation oder Behandlung erforderlichen Daten bei meinen mitbehandelnden Ärzten einholt.

☐ Ja ☐ Nein

9. An folgende Personen dürfen nachdem deren Identität wurde (Behandlungsdaten inkl. Rezepte, Verordnungen etc.) weitergegeben werden:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Das Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Vechele, den _____

Unterschrift: _____