



ANAMNESEBOGEN

Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich zur Anamneseerhebung. Bei Rückfragen steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Anschrift _____

E-Mail _____

Telefon Festnetz / Mobil _____

Haben Sie eine oder mehrere Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	nein	ja	Hautkrankheit	nein	ja
Blutzuckerkrankheit	nein	ja	Gicht	nein	ja
Magenerkrankung	nein	ja	Gelenk-Rheuma	nein	ja
Nierenerkrankung	nein	ja	Tuberkulose	nein	ja
Lebererkrankung	nein	ja	Lungenkrankheit	nein	ja
Fettstoffwechselstörung	nein	ja	Herzkrankheit	nein	ja
Tumorerkrankung	nein	ja	Anfallsleiden	nein	ja

Wenn ja, welche: _____

Andere Vorerkrankungen: _____

Allergien:

Gegen Medikamente nein ja

Wenn ja, gegen welche: _____

Andere Allergien: _____

Hatten Sie bereits eine / mehrere Operationen?

Wenn ja, welche und wann? _____

Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwistern, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck nein ja

Blutzuckerkrankheit nein ja

Fettstoffwechselstörung nein ja

Herzinfarkt (Mutter, Vater) nein ja

Schlaganfall nein ja

Tumorerkrankung nein ja

Allgemeine Anamnese

Körpergröße cm Gewicht kg

Rauchen Sie? nein ja Wenn ja, seit wie vielen Jahren? Wie viele Zigaretten pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? nein ja

Nehmen Sie Medikamente? nein ja

Wenn ja, welche und wann? _____

Sind Sie gegen Covid 19 geimpft? nein ja Wenn ja, mit welchem Impfstoff: _____

Datum 1. Impfung: 2. Impfung 3. Impfung

Um zu überprüfen, ob Sie einen vollständigen Impfschutz besitzen, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Wann war Ihre letzte Vorsorge-Untersuchung (Check-up 35): _____

Wann wurde Ihre letzte Hautkrebs-Vorsorge durchgeführt: _____

Sind Sie zur Zeit in fachärztlicher Behandlung? nein ja Wenn ja, bei welchem Facharzt:

Name des Arztes und Fachrichtung _____

Name des Arztes und Fachrichtung _____

Name des Arztes und Fachrichtung _____

Wenn Sie privat versichert sind: Name der Krankenversicherung : _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Telefonbuch Internet Sonstiges

Durch Empfehlung von:

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam Dr. Ulrike von Rolbicki

Datum _____ Unterschrift _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gem. Art. DSGVO

Patientenname:

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte / Labore übermittelt bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten / Laboren eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten. Ich kann die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meiner, Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise

für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name / Adresse /Telefon

1. _____
2. _____
3. _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter