

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
in Vorbereitung Ihres Arzttermins bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Telefonnr.: _____

E-Mail Adresse: _____

Aktuelle Beschwerden:			
Welche Erkrankungen/Störungen/Risikofaktoren sind bei Ihnen bekannt, aktuell oder auch in der Vergangenheit:			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:			
Anmerkungen:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, wogegen:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?			
1.		2.	
3.		4.	
Impfstatus			
(bitte legen Sie Ihren Impfausweis vor oder geben Sie an, welche Impfungen wann durchgeführt wurden)			

Einwilligung in die Datenweitergabe:

Hiermit willige ich darin ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses meine Hausarztpraxis (Gemeinschaftspraxis Bry/Keller/In der Schmitten) mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Pflegedienste, etc.) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln bzw. übergeben darf.

- o **an ALLE**
an meiner Behandlung beteiligten Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegedienste, Laboratorien und sonstige Einrichtungen weitergegeben werden dürfen, soweit und in dem Umfang, wie es im Ermessen der mich behandelnden Ärzte der Gemeinschaftspraxis notwendig ist,
- o ausdrücklich ausgenommenen von meiner vorstehenden Einwilligung ist/sind:

(ggf. Name/n der ausgenommenen
Ärzte/Einrichtungen)

- o **nur an die nachstehend einzeln aufgeführte/n
Ärzte/Einrichtung/en** weitergeleitet werden dürfen,
soweit und in dem Umfang, wie es im Ermessen der mich behandelnden Ärzte der Gemeinschaftspraxis notwendig ist:

(ggf. Name/n einzelner Ärzte und/oder Einrichtung/en, an die
Daten weitergegeben werden dürfen)

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber den Ärzten der Gemeinschaftspraxis nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die vorstehend genannten Ärzte und Einrichtung gegenüber der Praxis Bry - Keller - in der Schmitten von der Schweigepflicht und gestatte die telefonische oder schriftliche Weiterleitung mich betreffender Daten in dem für notwendig erachteten Umfang.

- o Auch bin ich mit der Übermittlung mich betreffender Daten per **E-Mail** an meine Person (z.B. Laborwerte) einverstanden.

Meerbusch, den _____

Unterschrift