



1.2.1 Anamnese

- Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir begrüßen Sie ganz herzlich in unserer Praxis. Bevor wir mit den Untersuchungen beginnen können, ist leider etwas Bürokratie erforderlich. Wir bitten Sie die folgenden Fragebögen auszufüllen. Sie werden auf jeden Fall noch genug Zeit haben, die Befunde und Beschwerden mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt zu besprechen.

Personalien	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Telefonnr.:	Handy*:
Mail*:	
Beruf / ausgeübte Tätigkeit:	
Stationäre Zusatzversicherung? Ja Nein	Anerkannte Berufserkrankung? Ja Nein
Hausarzt / Ort	
<small>* freiwillige Angaben</small>	
Anamnese	
Waren Sie im Krankenhaus? (letzten 2 Jahre)	Ja Wegen? Nein
Wurde eine Röntgenaufnahme der Lunge gemacht?	Ja Wann? Nein
Haben Sie eine Sauerstoffversorgung	Ja Nein
Haben Sie Allergien bzw. eine Medikamentenunverträglichkeit?	Ja Welche? Nein
Liegen ansteckende Krankheiten vor?	Ja Welche? Nein
Schnarchen Sie?	Ja Nein
Sind Sie tagsüber müde?	Ja Nein
Rauchen Sie?	Ja Nein
Datenschutzrechtliche Einwilligungen: bitte ankreuzen!	
<p>Ich bin damit einverstanden,</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> dass mein Befund an meinen Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt/Krankenhaus weitergeleitet wird <input type="radio"/> dass meine Befunde / Röntgenbilder und Ähnliches in meinem Namen von anderen Ärzten/Krankenhäusern angefordert werden dürfen <input type="radio"/> dass meine Befunde bei entsprechender Indikation zusammen mit anderen Ärzten im Rahmen von Fallkonferenzen besprochen werden (sog. Boards, Tumorkonferenz, peer review o.ä.) <input type="radio"/> Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich zu Kenntnis genommen <p>Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Bei Fragen zum Datenschutz stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.</p>	
Datum: _____	Unterschrift: _____
Bitte 2 Seite beachten bitte wenden	



1.2.1 Anamnese

- Anamnesebogen

<u>alle</u> Medikamente	µg/mg:	Früh:	Mittag:	Abend:	Bei Bedarf

Patientenverfügung	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/>
Wenn Ja	aktuelles Datum:
Vollmacht	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja wer?	Name:
	Telefonnummer:
Betreuungsvollmacht	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja wer?	Name:
	Telefonnummer:
Nächste Angehörige	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja wer?	Name :
	Telefonnummer:

Datum: _____ **Unterschrift** _____