



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einigen Angaben unsicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Fragebogens.

PATIENTENANGABEN

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnr. _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon Festnetz _____ Telefon Mobil _____

Email _____

Hausarzt _____

Krankenkasse _____ Beihilfe _____

Bei Privat versichertern minderjährigen Patienten: Name und ggf. Anschrift des Hauptversicherten _____

Zur Zeit ausgeübter Beruf _____

Größe in cm _____ Gewicht in kg _____ JA NEIN Sind Sie schwanger? _____ Wenn ja, in welchem Monat? _____

Hatten Sie orthopädische Operationen? Wenn ja, bitte nach Möglichkeit mit Angabe der Jahreszahl _____

Wichtige Allergien (z.B. gegen bestimmte Medikamente?) _____

Bitte nennen Sie uns Ihre chronischen Erkrankungen _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? z.B. Marcumar oder Xarelto? _____

BITTE BEACHTEN SIE DIE RÜCKSEITE



DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient, bitte lesen Sie sich die in der Praxis aushängenden Datenschutzinformationen gut durch und bestätigen Sie dies mit Ihrer Unterschrift am Ende dieses Dokuments.

EINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG UND EINHOLUNG VON PATIENTENDATEN

Übermittlung / Einholung von Patientendaten

Hiermit willige ich ein, dass für die Dauer des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis Dr. Albert Klages und Dr. Jan-David Dietzek die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten, Physiotherapeuten, Sanitätshäusern und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg angefordert werden dürfen. Des Weiteren willige ich ein, dass die Praxis diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

BERECHTIGUNG ZUM ABHOLEN VON PATIENTENUNTERLAGEN

Ich willige ein, dass an nachfolgende benannte Personen bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten, personenbezogenen Daten **nicht einverstanden** sein, habe ich das im Feld Einschränkung hinter der jeweiligen Person eingetragen.

Name, Vorname, Geb.-Datum der berechtigten Person

Einschränkung:

Name, Vorname, Geb.-Datum der berechtigten Person

Einschränkung:

Name, Vorname, Geb.-Datum der berechtigten Person

Einschränkung:

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert werden kann.

Die ausliegende ausführliche Information zum Datenschutz der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen. Bezüglich der Aufbewahrungsfristen gelten die gesetzlichen Vorgaben.

WIDERRUFSMÖGLICHKEIT

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Bitte informieren Sie die Praxismitarbeiterin am Empfang wenn Sie nicht mit Ihrem Namen aufgerufen werden möchten!

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in