Ärztehaus Mitte

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

Telefon: .....Handy: .....

E-Mail: .....

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein □ Ja □ .....
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein □ Ja □ .....
Herzerkrankungen	Nein □ Ja □ .....
Schlaganfall	Nein □ Ja □ .....
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein □ Ja □ .....
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein □ Ja □ .....
Fettstoffwechselstörungen	Nein □ Ja □ .....
Tumorerkrankungen	Nein □ Ja □ .....
Lebererkrankungen	Nein □ Ja □ .....
Chronische Infektionskrankheiten	Nein □ Ja □ .....
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein □ Ja □ .....
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein □ Ja □ .....
Thrombose oder Lungenembolie	Nein □ Ja □ .....
Augenerkrankungen	Nein □ Ja □ .....
Psychische Erkrankungen	Nein □ Ja □ .....
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	Nein □ Ja □ .....
Operationen/Unfälle	Nein □ Ja □ .....
Sonstiges	Nein □ Ja □ .....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: ..... nicht mehr seit: .....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel: .....

Ärztehaus Mitte

Anamnesebogen

Haben Sie Allergien? Nein □ Ja □

- Gegen Medikamente? Nein □ Ja □

- Wenn ja, gegen welche?.....

- Andere Allergien:.....

Wie groß sind Sie: .....cm Wieviel wiegen Sie: .....

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? nein □ ja □

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

.....

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

.....

Einverständniserklärung

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, Ihren Termin einzuhalten, möchten wir Sie bitten, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei wiederholtem Nichtabsagen des Termins behalten wir uns vor, Ihnen das Honorar für die bei Ihrem Behandlungstermin vorgesehene Leistung in Rechnung zu stellen.

Ich bin mit oben genannter Regelung einverstanden.

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht.

Herzlichen Dank.

Ihr Praxisteam vom Ärztehaus Mitte

.....
Datum, Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigter