

ANAMNESE - BOGEN

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir einige Informationen von Ihnen, daher bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen.
Gern informieren wir Sie telefonisch oder schriftlich über Impftermine und Neuerungen im Gesundheitswesen!

NAME: _____ VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____ KRANKENKASSE: _____

TELEFON: _____ VORHER. HAUSARZT: _____

MOBIL: _____ E-MAIL: _____

ADRESSE: _____

WELCHE?

Frühere Operationen: JA NEIN _____

Vorerkrankungen: JA NEIN _____

Nehmen Sie Medikamente: JA NEIN _____

Haben Sie Allergien: JA NEIN _____

Medikamenten-
Unverträglichkeit: JA NEIN _____

Familien Vorerkrankungen: JA NEIN _____

Was machen Sie beruflich? _____

Familienstand: _____

Sind Sie geimpft? Tetanus Diphtherie Keuchhusten Polio FSME

Rauchen Sie? JA NEIN Wieviel? _____

Trinken Sie Alkohol? JA NEIN GELEGENTLICH ÖFTER

Gewicht: _____

Größe: _____

Unterschrift: _____

Übermittlung von Behandlungsdaten und §73 Abs. 1 b SGB V Einverständniserklärung des Patienten zu Befunden

Durch den Patienten auszufüllen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten, Labordaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Im Weiteren dürfen die Labore, die Blutproben von uns erhalten, diese Daten auswerten und Ihre Ergebnisse an uns zurück übermitteln. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Befunden verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort, Datum:

Unterschrift des Patienten:

Datum:

Unterschrift des Arztes:

Dr. N. Braun

