

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten.

Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

Vielen Dank für Ihr Hilfe, Ihr Praxisteam!

Name , Vorname _____

Adresse _____

Geboren am _____

Körpergröße _____

Körpergewicht _____

Familienstand _____

Anzahl der Kinder _____

Zurzeit ausgeübte Tätigkeit _____

Arbeitgeber _____

Telefonisch erreichbar: privat _____ dienstlich _____

Handy _____

Email _____

Wer ist Ihr Hausarzt, bitte mit Adresse angeben? _____

Was ist Ihr Anliegen, über was möchten Sie sich heute hier informieren oder behandeln lassen?

Bestehen bei Ihnen irgendwelche Vorerkrankungen? (Bsp: Bluthochdruck, Diabetes, Herzerkrankungen, Thrombose oder andere Erkrankungen):

Gibt es in Ihrer Familie Erb-, Tumor oder Stoffwechselkrankheiten? _____

Besteht bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung? _____

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt (Bsp: Nickel, Chrom, Latex/Gummi, Pollen/Gräser, Medikamente)?

Hatten Sie Operationen? _____

Kennen Sie Ihre Blutgruppe? _____

Rauchen Sie? _____ Wie viele am Tag? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? _____

Sind Sie Schwanger? _____

Wäre Ihre Abholung und Häusliche Versorgung nach einer Operation bei uns gewährleistet?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (bitte ankreuzen)

☐ Persönliche Empfehlung (z.B. Familie, Freunde) ☐ Praxisschild ☐ Aus der Tageszeitung ☐ Internet

Aus dem Internet, wenn ja, wo?

☐ Praxis-Website ☐ Arztportale (z.B. Jameda) ☐ Werbung (z.B. Google Anzeige) ☐ Soziale Medien (z.B. Facebook)
☐ Sonstige _____

Datenschutzerklärung:

Die erhobenen Informationen dienen lediglich zur Ergänzung der elektronischen Verwaltung der Patientendaten innerhalb der Praxissoftware. Diese unterliegen strengstens allen Auflagen der ärztlichen Schweigepflicht und dürfen nicht ohne Ihr persönliches Einverständnis an unbefugte Dritte weitergegeben oder diesen zugänglich gemacht werden. Weitere Informationen zur EU-DSGVO finden Sie auf unserer Praxis-Website: facharztpraxis-walter.de/datenschutz

Bei den graumarkierten Angaben handelt es sich um freiwillige Angaben. Die restlichen Angaben sind zur Durchführung der Behandlung notwendig. Mir ist bekannt, daß eine Behandlung nur stattfinden kann, wenn diese Fragen beantwortet wurden. Ich bin auch darüber informiert worden, das ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (LDA - Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg) inne habe.

Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, daß die fachärztliche Beratung kostenpflichtig ist und die Leistung gemäß §2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt wird. Bei nicht medizinischen Indikationen ist der behandelnde Arzt verpflichtet, zzgl. zur erbrachten Leistung die gesetzliche MwSt. zu erheben.

Ort, Datum

X

Unterschrift