



Anamnesefragebogen

Liebe Patienten, bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Persönliche Angaben

Name, Vorname
Geburtsdatum
Geschlecht
Postleitzahl, Ort
Straße, Hausnummer
Telefonnummer
Mobilfunknummer
E-Mailadresse
Beruf
Arbeitgeber
Nächster Angehöriger
Familienstand
Kinder

Welche Erkrankungen hatten bzw. haben Sie?

Seit wann? Nähere Angaben:

Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Andere Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Sind Sie Raucher?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Demenz	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hepatitis B oder C	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
HIV	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>



Ich

Vorname, Name, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der BAG Dr. med. Frauke Hofmann, MUDr Gebreab Samson meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen (z.B. DMP) über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters