



# Anamnese-Bogen

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bestehende Krankheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frühere Operationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frühere Krankheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Seit wann ? Wie oft? In welcher Dosierung jeweils(!)?:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?:  ja  nein

Sind Sie mit der Anforderung/Übersendung Ihrer Berichte/Daten von/zu allen einbezogenen Fachärzten, Kliniken, Praxen, Therapeuten, Krankenkassen, MDK sowie mit der schriftlichen und mündlichen Kommunikation mit diesen einverstanden?

 ja  nein

Ich willige ein, dass meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung von der Praxis Dr. Richter gespeichert und verwendet werden. Ich habe dazu die Patientinformation zum Datenschutz erhalten. Mir ist mein Widerrufsrecht für diese Einwilligung bekannt.

 ja \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

 nein (in diesem Fall ist leider keine Behandlung möglich)

Ich habe vor, auch per E-Mail mit der Praxis Dr. Richter zu kommunizieren. Dazu erlaube ich der Praxis Dr. Richter ausdrücklich mit Kenntnis aller Gefahren von (unverschlüsselten) E-Mails mir evtl. entsprechend per E-Mail zu antworten.

 ja  nein E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ @

Ich möchte bei der online-Terminvereinbarung über SMS über Änderungen informiert werden:

 ja  nein Meine Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Patient/Erziehungsberechtigter