Allgemeinarztpraxis
Dr. med. Amelie Hanke

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Bei Fragen ist Ihnen das Praxisteam gerne behilflich.

Name, Vorname:	
Geburtsdatum: ___|___|_____	Krankenkasse: ☐ Gesetzlich ☐ Privat*
Straße, PLZ/Wohnort:	
Telefon:	Mobil:
E-Mail:	
Angehörige, die wir im Notfall kontaktieren dürfen (Name, Adresse, Telefonnummer): 1. _____ 2. _____ 3. _____	

Die Beantwortung der folgenden Fragen wäre für uns hilfreich:

1.	Bestehen Vorerkrankungen oder chronische Erkrankungen? Wenn JA, welche: _____	☐ JA ☐ NEIN
2.	Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn JA, welche: _____	☐ JA ☐ NEIN
3.	Kennen Sie Ihren genauen Impfstatus?	☐ JA ☐ NEIN
4.	Rauchen Sie?	☐ JA ☐ NEIN
5.	Möchten Sie informiert werden, wenn eine Vorsorgeuntersuchung ansteht?	☐ JA ☐ NEIN

Bitte wenden ↺

* Die Abrechnung privatärztlicher Leistungen erfolgt durch PVS Privatärztliche VerrechnungsStelle Südwest GmbH. Bitte unterzeichnen Sie das entsprechende Formular, Sie erhalten dieses vom Praxisteam.

6. Sind Ihnen Allergien bekannt? ☐ JA ☐ NEIN

   Wenn JA, welche: _____

7. Familienanamnese: Gibt oder gab es in Ihrer Familie (insbesondere bei Eltern, Geschwistern), Erkrankungen wie z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Tumorerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Immundefekte? ☐ JA ☐ NEIN

   Wenn JA, wer/welche:

   _____

   _____

   _____

Einwilligung zum Datenschutz
nach der gesetzlichen Grundlage des BDSG

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Anamneseerhebung, Diagnostik und ggf. Therapie erhoben, verarbeitet und genutzt werden sowie ggf. bei Bedarf und nach Rücksprache zur weiteren Diagnostik an Facharztkollegen weitergegeben werden dürfen. Dies umfasst sowohl die hier als auch im weiteren Verlauf anfallenden Daten. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis verweigern, bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft wiederrufen kann.

✘

Ort, Datum | Unterschrift (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)

Einverständniserklärung

Ich wurde hiermit darüber informiert, dass Dr. med. Amelie Hanke die Praxis von Dr. med. Heinrich Bert zum 01.01.2018 übernommen hat. Sofern vorhanden, stimme ich einer Einsichtnahme und Verwendung meiner sämtlichen bisher durch Dr. med. Heinrich Bert geführten Patientenunterlagen durch Frau Dr. med. Amelie Hanke ausdrücklich zu.

✘

Ort, Datum | Unterschrift (bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter)