



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

wir bitten Sie den Bogen vor dem ersten Termin auszufüllen und zu unterschreiben. Die letzten Arzt-/Klinik-briefe/Impfpass bringen Sie bitte, sofern vorhanden, ebenfalls zum Erstgespräch mit.

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geb.-Datum _____ Tel. _____

E-Mail _____ Mobil _____

Beruf _____ Nicht berufstätig Selbstständig Schüler/Ausbildung
 Elternzeit Beschäftigt in Vollzeit Beschäftigt in Teilzeit Schichtdienst Rentner

Bisheriger Hausarzt / Kinderarzt _____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name /Fachrichtung) _____

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm _____

1. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

nein ja (z.B. Antibiotika, Kontrastmittel, Bienen-/Wespengift)

2. Welche Krankheiten sind bei Ihnen bekannt?

- Bluthochdruck /Fettstoffwechselstörung (Cholesterin)/ Diabetes
- Stoffwechsel (Schilddrüse/Osteoporose)
- Nieren/Harnwege: (Nierenschwäche. ggf Dialyse/Harnsteine/Blasenentzündung)
- Augenerkrankungen (z.B. Grüner Star)
- Magen/Darm (Entzündliche Erkrankungen, Geschwüre, Reizdarm)
- Herz-/Kreislaufkrankungen (Infarkte/Schlaufensterkrankheit)
- Krebserkrankungen
- Lungenerkrankungen (Asthma/CODP/Pneumothorax)
- Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV)
- psychisch/neurologische Beschwerden (Depression/ Angststörung/ Parkinson/ Multiple/Sklerose)
- Orthopädische Probleme (Arthrosen)
- Andere _____

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte Plan mitbringen.

nein ja

4. Haben Sie eine Vorsorgevollmacht Patientenverfügung gesetzlichen Betreuer GdB

5. Arm-/Beinprothese Stoma Herzschrittmacher/Defi Port Zahnprothese Hörhilfe

Brille/Kontaktlinsen Shunt wo _____

Einwilligungserklärung

Einverständniserklärung zur Erhebung/Verwendung/Übermittlung von Patientendaten
Einwilligung nach Artikel 7 DSGVO, §51 DSAnpUG2 (BDSG3 neu) und §73 I b SGB V4 durch den Hausarzt

Hiermit willige ich in die - in der Praxisinformation zur DSGVO erläuterte - Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten, sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung (nach § 630a Abs. 1 BGB) ein.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

meine Hausärztin (**Beatrix Scholdt-Seidel und Mitarbeiter**, sowie Vertreter und/oder Nachfolger) mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern (das sind z.B. Krankenkassen, MDK, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegedienste, Physiotherapeuten, kooperierende Labore, Sanitätshäuser u. ä.) zum Zwecke der Information, der weiteren Behandlung, gutachterlichen Äußerung und Dokumentation anfordert/erhält; soweit dies nicht durch übergeordnete gesetzliche Vorgaben geregelt ist.

mein Hausarzt, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde, an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer (s.o.) übermittelt.

meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten, auch zukünftigen genutzt werden.

im Fall eines Arztwechsels wir als ihr bisheriger Hausarzt ihrem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. wenn wir ihr neuer Hausarzt sind, wir diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordern.

mich mein Arzt an Behandlungstermine (z.B. Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, usw.) erinnern kann.

an Angehörige, Pflegedienste, Apotheken und alle mit der Behandlung oder Betreuung befassten Personen, nach mündlicher Information, Behandlungsdaten und Informationen weitergegeben werden dürfen.

Der Überbringer der Versichertenkarte ist berechtigt die angeforderten Unterlagen und Informationen zu erhalten (z.B. Rezepte, Überweisungen, Befunde, Anweisungen uä).

Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nicht möglich ist. Diese Erklärung wird von uns gescannt aufbewahrt, sie wird Ihnen auf Anforderung jederzeit ausgedruckt!

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung (auch Teile davon) jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann, die gesetzlichen Vorgaben (Aufbewahrungsfristen, elektronische Übermittlung (TI) u.ä.) sind einzuhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten, ggf. des gesetzl. Vertreter