



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihren Aufenthalt in der Praxis optimal vorbereiten zu können, möchten wir Sie bitten, dieses Formular möglichst genau auszufüllen. Wir bedanken uns herzlich für Ihre Unterstützung. Durch Ihre Mithilfe haben wir mehr Zeit, mit Ihnen aktuelle Fragen zu besprechen und Therapiekonzepte zu erarbeiten.

Ihr Praxisteam

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

Telefon Privat	Mobil	Angehörige/Notfallnummer
----------------	-------	--------------------------

Krankenversicherung?	Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/>	bei:
	Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>	bei:
	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	bis:
Sind sie zuzahlungsbefreit? (Bitte Nachweis an der Anmeldung vorzeigen!)		

Wer ist Ihr Hausarzt?	Name:	Ort:
Weitere behandelnde Ärzte:	Name:	Ort:
	Name:	Ort:
Wo waren Sie bisher in Behandlung (Kliniken, Ärzte)?	Name/Abteilung/Ort:	

Wie groß sind Sie?	
Wie viel wiegen Sie?	
Beruf?	

Besteht eine Allergie oder Überempfindlichkeit?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja, welche: _____

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wie viel (Anzahl der Zigaretten/Zigarren pro Tag) _____



ANAMNESEBOGEN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Medikament	Wie oft? Dosierung			Bemerkungen
	morgens	mittags	abends	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen bzw. Beschwerden?

	Ja	Nein	Bitte freilassen für Bemerkungen durch den Arzt
Bluthochdruck			
Herzkrankheit			
Diabetes mellitus			
Schilddrüsenerkrankung			
Lungenerkrankung/Asthma			
Neurologische Erkrankung			
Thrombose/Lungenembolie			
Lebererkrankung			
Krebs			
Hatten Sie in letzter Zeit eine Erkrankung mit MRSA-Keimen?			
Hepatitis			
HIV			

	Ja	Nein	
Haben Sie Metall im Körper?			
Leiden Sie unter Platzangst?			



ANAMNESEBOGEN

Einverständniserklärung Befundanforderung und -übersendung

Ich _____ bin mit der

Patientenname und Geburtsdatum in Druckbuchstaben

Übersendung meiner Befunde an mitbehandelnde Ärzte einverstanden.

Des Weiteren stimme ich einer Anforderung sowie Versendung meiner Befunde an mitbehandelnden Ärzten sowie Krankenhausärzten zu.

Mit einer Vorstellung meiner Befunde im Rahmen von Tumorkonferenzen sowie mit der Meldung an das Tumorregister bin ich einverstanden.

Im Rahmen der Behandlung werden analog der Datenschutzgrundverordnung Daten erhoben. Daraus leitet sich ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Widerruf der Einwilligung ab. Bei Fragen sprechen Sie uns an.

_____ **X** _____

Ort, Datum

Unterschrift (Patient)

Anamnesebogen und externe Befunde ärztlich gesehen:

_____ **X** _____

Ort, Datum

Unterschrift (Arzt)

