

**ANAMNESEBOGEN**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
in Vorbereitung Ihres Arzttermins bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefonnr.: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

*Email eintragen, wenn eine Kommunikation auch auf diesem Wege gewünscht wird ( Befunde, Termine etc.).*

<b>Aktuelle Beschwerden:</b>

**Welche Erkrankungen/Störungen/Risikofaktoren sind bei Ihnen bekannt, aktuell oder auch in der Vergangenheit:**

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>

**Anmerkungen (andere Erkrankung/en die nicht auf diesem Blatt aufgeführt ist/sind?):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b>	<b>Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:</b>
---	--

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1. _____
Besitzen Sie einen Medikamentenplan? Dann geben Sie diesen bei uns ab, damit ersparen Sie sich die Auflistung.		2. _____
		3. _____
		4. _____

<b>Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?</b>	<b>Wurden die folgenden Untersuchungen bei Ihnen regelmäßig bzw. schonmal durchgeführt?:</b>
---	--

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Darmspiegelung Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann?: _____
		Hautkrebsscreening Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann?: _____
		Krebsvorsorge (Gyn/Uro) Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann?: _____

<b>Leiden Sie an Allergien?</b>	<b>Wenn ja, wogegen:</b>
---------------------------------	--------------------------

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1. _____
		2. _____
		3. _____

**Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?**

1. _____	2. _____
3. _____	4. _____

Rauchen Sie? Nein  Ja  Wenn ja, wie viel: ..... Nicht mehr seit: .....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein  Ja  Wenn ja, wie viel: .....

## PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERTRAG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
mit unserer "Patienteninformation zum Datenschutz" wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben oder erhalten dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

### **Einwilligung in die Datenweitergabe:**

Hiermit willige ich darin ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses meine Hausarztpraxis (Gemeinschaftspraxis Bry/Keller/In der Schmitten) mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Pflegedienste, etc.) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln bzw. übergeben darf.

- an ALLE an meiner Behandlung beteiligten Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegedienste, Laboratorien und sonstige Einrichtungen weitergegeben werden dürfen, soweit und in dem Umfang, wie es im Ermessen der mich behandelnden Ärzte der Gemeinschaftspraxis notwendig ist,**

- ausdrücklich ausgenommenen von meiner vorstehenden Einwilligung ist/sind:

\_\_\_\_\_ (ggf. Name/n der ausgenommenen Ärzte/Einrichtungen)

- nur an die nachstehend einzeln aufgeführte/n Ärzte/Einrichtung/en weitergeleitet werden dürfen, soweit und in dem Umfang, wie es im Ermessen der mich behandelnden Ärzte der Gemeinschaftspraxis notwendig ist:

\_\_\_\_\_ (ggf. Name/n einzelner Ärzte und/oder Einrichtung/en, an die Daten weitergegeben werden dürfen)

- 
- Auch bin ich mit der Übermittlung mich betreffender Daten über E-Mail (z.B. Laborwerte) an meine Person einverstanden.**

**Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Bry/Keller/In der Schmitten mich (schriftlich/telefonisch/per Mail/per SMS) an sinnvolle und notwendige Behandlungen und Termine erinnert. (Recall) (wenn nicht einfach den Abschnitt durchstreichen)**

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber den Ärzten der Gemeinschaftspraxis nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die vorstehend genannten Ärzte und Einrichtung gegenüber der Praxis Bry - Keller - in der Schmitten von der Schweigepflicht und gestatte die telefonische oder schriftliche Weiterleitung mich betreffender Daten in dem für notwendig erachteten Umfang.

{ArztOrt}, den {Datum}

\_\_\_\_\_  
Unterschrift