



Anamnesebogen

Lieber Patient/innen,

willkommen in Ihrer und unserer Hausarztpraxis am Wiesharder Markt. Um einen besseren Überblick über Ihre Gesundheit zu erhalten, sind folgende Angaben für uns von großer Bedeutung. Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen aus. Sollten Sie Fragen haben, sprechen Sie uns bitte gern an.

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krebs	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: nicht mehr seit:

Unsere Öffnungszeiten:

Vormittags
Mo.-Fr.: 08:00 Uhr - 12:00 Uhr

Nachmittags
nach Vereinbarung

Unsere Homepage:

www.hausarztpraxis-handewitt.de
info@hausarztpraxis-handewitt.de



Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
für die Aufnahme in unserer Praxiskartei benötigen wir folgende Angaben (bitte in Druckbuchstaben)

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Familienstand:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Straße:

PLZ, Ort:

Versicherung

Gesetzlich Name der Krankenkasse

Privat Name der Krankenkasse

Name/Anschrift des Versicherten, falls privat familienversichert
.....

Folgende Punkte habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden:

1. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten an Dritte weitergeleitet werden dürfen. Empfänger können sein: andere Ärzte, Pathologen, Psychotherapeuten, Apotheken, Labore, Physiotherapeuten, Sanitätshäuser, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen, Ärztekammern und Privatärztliche Verrechnungsstellen. Dies erfolgt jedoch nur, wenn die o.g. Berufsgruppen an der Behandlung beteiligt sind, wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, oder es zum Zwecke der Abrechnung der für Sie erbrachten Leistungen notwendig ist.
2. In unserer Praxis können bei Bedarf die personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten von anderen Ärzten unserer Praxis, ärztlichen Vertretern, sowie dem nichtärztlichen Praxispersonal genutzt werden, soweit dieses zum Zweck der Behandlung sowie zu Abrechnungszwecken erforderlich ist.
3. Soweit Sie zuvor Patient/Patientin einer Praxis waren, die von unserer Praxis übernommen wurde, werden wir ggf. Ihre alten Patientendaten zum Zweck der Behandlung und Betreuung in unsere Kartei einbinden und einsehen.
4. Wir werden Ihnen gegebenenfalls im Namen der Praxis schriftlich oder per Email Informationen zukommen lassen, sofern es uns im Rahmen Ihrer medizinischen Versorgung sinnvoll erscheint, sollten Sie hiermit nicht einverstanden sein, informieren Sie das Praxispersonal.
5. Alle Originalbefunde unserer Patienten werden digitalisiert und können bei Bedarf nur in Kopie (kostenpflichtig) mitgegeben werden.
6. Unsere Praxis hat sich im Rahmen der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder verpflichtet,
 - a. Patientendaten zu statistischen Zwecken bzw. zum Zwecke der Qualitätssicherung in anonymisierter Form an Auswertungsinstitute und wissenschaftliche Gremien weiterzuleiten.
 - b. Patientendaten einschl. erhobener Befunde und Fotodokumentation im Rahmen von Fallkonferenzen an kooperierende Institute und Ärzte in unverschlüsselter Form weiterzugeben.
7. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Auf Wunsch erhalten Sie ein gedrucktes Exemplar, bitte sprechen Sie uns an.
8. Sie können diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen.

Datum Unterschrift