

Anamnesebogen

.....
Name

.....
Handy / Festnetz

.....
Vorname

.....
E-Mail Adresse

.....
Geburtsdatum

.....
Hausärztin / Hausarzt / Ort

.....
Krankenkasse

.....
Arbeitsumfeld / berufl. Tätigkeit

.....
Körpergröße (cm)

.....
Körpergewicht (kg)

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt? Wenn Ja mit welchem Ergebnis?

Wurde bereits eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? Wann und wo?

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

Halten Sie Haustiere? Welche? Zu welchen Tieren haben Sie oft Kontakt?

Rauchen Sie Zigaretten? Wie viele pro Tag? Haben Sie früher geraucht?

Gibt es bei Ihnen aktuell oder in Ihrer Familie zur Zeit folgende Erkrankungen?

Covid-19 (Corona) MRSA Hepatitis HIV Tuberkulose Noro-Virus

andere: _____

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten / Befunden -§73 Abs..1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder **Hausarzt** die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde einholt, die beispielsweise einem Facharzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Wenn Sie damit einverstanden sind, bitte ein Kreuzchen setzen.

(Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.)

Ich bin damit einverstanden, dass **mein behandelnder Facharzt** (Dr.med. Maria Weber) die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, **einholt**. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Wenn Sie damit einverstanden sind, bitte ein Kreuzchen setzen.

(Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.)

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten