



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patienten, bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer ersten Behandlung aus. Er dient zur Erfassung Ihrer Krankheitsvorgeschichte und Ihrer jetzigen Beschwerden und wird streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname		Geb.-datum:			
Telefonnummer					
E-Mail					
Name & Tel. Kontaktperson					
Größe		cm	Gewicht:		kg
Beruf/ Tätigkeit					

Wer ist Ihr Hausarzt?

--

Haben oder hatten Sie eine dieser Krankheiten?

Krankheit	Ja (genaue Beschreibung der Erkrankung)	Nein
Bluthochdruck		
Herz-Kreislaufkrankungen		
Blutzuckerkrankheit I oder II		
Psychische Erkrankungen		
Tumorerkrankungen		
Sonstige Erkrankungen		
Familiär gehäufte Krankheiten		

Raucher	Ja:	Nein:	Zigaretten pro Tag:
---------	-----	-------	---------------------

Operationen

Art der Operation	Datum bzw. Jahr

Leiden Sie unter Allergien/ Unverträglichkeiten, insbesondere Medikamentenallergien?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in unsere Praxis?

Sind Sie wegen dieser Beschwerden noch bei anderen Ärzten in Behandlung? Wenn ja, bei wem?

Ich habe die Informationen zur Chirotherapie erhalten und bin mit der Verarbeitung meiner Daten wie umseitig erklärt einverstanden.

Datum

Unterschrift Patient

Informationen zum Datenschutz

Sehr geehrte Patienten,

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, um die von Ihnen gewünschten Untersuchungen durchführen, Arztbriefe erstellen und die erbrachten Leistungen abrechnen zu können.

In diesem Zusammenhang werden Ihre Daten gegebenenfalls an weitere Stellen weitergeleitet. Dies können zum Beispiel die KV zur Abrechnung oder das Fremdlabor für relevante Blutuntersuchungen sein, die wir nicht selbst durchführen können.

Sie haben jederzeit das Recht, Einsicht in Ihre Daten zu nehmen. Bitte sprechen Sie uns an, damit wir einen entsprechenden Termin vereinbaren können. Sollte Ihnen im Rahmen dieser Akteneinsicht auffallen, dass uns bei der Erhebung Ihrer Daten ein Fehler unterlaufen ist, korrigieren wir dies natürlich umgehend. Bitte beachten Sie, dass wir Daten nicht auf Wunsch löschen können, da wir gemäß den gesetzlichen Vorgaben verpflichtet sind, Ihre Daten 10 Jahre zu archivieren.

Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Die Kontaktdaten stellen wir Ihnen auf Anfrage zur Verfügung.

Bitte beachten Sie die ausführliche Patienteninformation zum Datenschutz am Aushang im Eingangsbereich der Praxis.

Einwilligung

Ich habe die Informationen zum Datenschutz zu Kenntnis genommen.

Ich bin einverstanden, dass alle Ärzte dieser Praxisgemeinschaft – Herr Hoffmann, Herr Peter und Frau Krebs – im Vertretungsfall meine Patientenakte einsehen dürfen, um eine kontinuierliche Behandlung zu gewährleisten.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!