

# PATIENTEN ANAMNESEBOGEN



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Hausarzt/Hausärztin: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**       gesetzlich       privat, folgende: \_\_\_\_\_

## **Bestehende Vorerkrankungen:**

Bluthochdruck       ja      Diabetes       ja

Herzkrankheiten       ja      Schilddrüsenerkrankungen       ja

Hepatitis       ja      Gelenkerkrankungen       ja

HIV       ja      chronische Erkrankungen       ja

Psychische/psychosomatische

Erkrankungen       ja

sonstige Erkrankungen  ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## **Regelmäßige Medikamente:**

ja

nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## **Allergien:**

ja

nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## **Operationen:**

ja

nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Zigaretten:**       ja

nein

Menge: \_\_\_\_\_/tgl

**Alkohol:**       ja

nein

Menge/Art: \_\_\_\_\_

**Mögliche Schwangerschaft:**

ja

nein

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Ärztinnen übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, mein Geburtsdatum und meine Krankenversicherung im Falle einer Medikamentenbestellung über die Apotheke an den Hersteller übermittelt werden und dort mein Name und mein Geburtsdatum elektronisch für die Dauer der Therapie erfasst, verarbeitet und gespeichert werden, um die Arzneimittelsicherheit hinsichtlich der Allergenzusammensetzung zu gewährleisten. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Alle Zustimmungen können jederzeit durch mich widerrufen werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_