

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Praxis DR. MED. BJÖRN HÜSGEN, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name Vorname	Titel
Straße Hausnummer	Geburtsdatum Geburtsort
Postleitzahl Ort	Telefon (privat)
Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.	E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.
Hausarzt *Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.	Wie können wir Sie tagsüber erreichen?

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichert?

Name Vorname	Geburtsdatum
Straße Hausnummer	Telefon (privat)
Postleitzahl Ort	

KRANKENKASSE | KRANKENVERSICHERUNG

Gesetzlich versichert:	<input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Pflicht	Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?
Privat versichert:	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Standardtarif	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Welche Beschwerden sind der Grund für Ihren Arztbesuch?	Welches sind Ihre Hauptbeschwerden?		
Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen an den aufgeführten Organsystemen?			
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> Herzfehler künstliche Herzklappe
<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ohrensausen Tinnitus	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Nieren
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung
<input type="checkbox"/> Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung
<input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen Rheuma	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen	
<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen	Wenn ja, welche? _____		
<input type="checkbox"/> Allergien	Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass?	
<input type="checkbox"/> Andere nicht aufgeführte Erkrankungen?	_____		

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

- Hepatitis A B C Tuberkulose Creutzfeldt-Jakob (CJK) | Varianten CJK
 HIV | AIDS Krankenhauskeime (z.B. MRSA, etc.)

Hatten Sie operative Eingriffe oder Bestrahlungen? Wenn ja, welche? _____

Traten in Ihrer Verwandtschaft (Eltern, Geschwister, Großeltern) Erkrankungen auf? *Freiwillige Angabe – für die Behandlung sinnvoll, aber nicht erforderlich.

- Bluthochdruck Krebserkrankungen Herzrhythmusstörungen Herzinfarkt
 Diabetes mellitus Schlaganfall Asthma | COPD Thrombose
 Allergien Sonstiges _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

- Blutdruckmedikamente Herzmedikamente Bisphosphonate Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa®, Plavix® oder ASS®)
 Sonstige Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

- Haben Sie eine Lebensmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche? _____
 Haben Sie Heuschnupfen? Schnarchen Sie? _____
 Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____
 Rauchen Sie regelmäßig? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
 Treiben Sie Sport? Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____
 Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort | Datum

Unterschrift

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten | *Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Praxis DR. MED. BJÖRN HÜSGEN