



Patienten-Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig und lesbar aus. Alle Ihre Angaben unterliegen der äußerst strengen ärztlichen Schweigepflicht. Ohne Ihre Einwilligung dürfen und werden wir nichts an Dritte weitergeben.

Name _____ Vorname _____ geb. Datum: _____

Strasse _____ Haus-Nr: _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefon: _____ Mobil-Nr _____

Derzeitiger Beruf _____ Hausarzt _____

Haben Sie eine Allergie?-----Nein

Ja Allergie auf _____

Vorerkrankungen, chronische Erkrankungen: _____

Medikamente: _____

Grund Ihrer Vorstellung: _____

Beschwerden bestehen seit _____

Hatten Sie einen Unfall? Nein

Ja Unfalldatum _____ Uhrzeit _____

Unfallort _____

Unfallhergang _____

Bei Arbeitsunfall: Arbeitgeber _____

zuständige Berufsgenossenschaft _____

beschäftigt seit _____ als _____

Beginn der Arbeitszeit _____ Ende der regulären Arbeitszeit _____

Verhalten nach dem Unfall _____

Bitte wenden!!

Haben Sie Vorerkrankungen die mit den Beschwerden / dem Unfall in Zusammenhang stehen? Nein Ja, und zwar

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt / meine Hausärztin und andere behandelnde Ärzte, Krankenhäuser oder Psychotherapeuten Informationen (z.B. Arztbrief) über meine Behandlung im MVZ erhalten. Bei Arbeitsunfällen bin ich damit einverstanden, dass die zuständige Berufsgenossenschaft über den Unfall und die Behandlung unterrichtet wird.

Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift _____

Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Betreuers:

Datenschutzerklärung

Für eine optimale medizinische Versorgung benötigen wir Ihr Einverständnis zur elektronischen Verarbeitung Ihrer Daten (z.B. Anamnese, EKG-Aufzeichnungen, Fotos, Rechnungserstellung, Röntgenbilder etc.) in unserer Praxis und zur Übermittlung/Einholung von Behandlungsdaten und Befunden (§573 Abs. 16 SGB V), z.B. an Ärzte /von Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern etc.). Sie gestatten unserem medizinischen Personal, den Ärzten und ggf. Praxisvertretern (Urlaubvertretung oder auch bei Übernahme der Praxis/des MVZ Wahlstedt) ihre Daten aufzunehmen, zu verarbeiten und einzusehen. Diese Erklärung können Sie jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Ohne Erlaubnis zur elektronischen Datenverarbeitung ist eine Behandlung in unserer Praxis (MVZ Wahlstedt) nicht möglich, weil unsere komplette Organisation auf elektronischer Datenverarbeitung beruht.

Denken Sie bitte daran, Ihre Daten bei uns zu aktualisieren, wenn sich Ihre Adresse oder Telefonnummer ändert. Leider kommt es immer wieder vor, dass wir Pat. in wichtigen Notfällen nicht erreichen können (z.B. wenn außergewöhnliche Blutwerte vom Labor übermittelt werden).

Der Schutz Ihrer Daten lag uns schon immer sehr am Herzen. Durch die neue europäische Datenschutz-Verordnung (DSGVO) sind wir gezwungen von Ihnen förmlich eine schriftliche Einverständniserklärung zur elektronischen Datenschutzverarbeitung und -übermittlung einzuholen.

Ich möchte informiert werden, wenn wichtige Untersuchungstermine fällig sind.

Ja Nein

Ich habe die Informationen zum Datenschutz durchgelesen und bin mit der elektronischen Verarbeitung und Speicherung meiner Daten einverstanden:

Datum: _____ Unterschrift _____