

# Anamnese

Name.....

Vorname.....

geb.am ...../...../.....

Telefon (Mobil) ☎.....

eMail @.....

*Bitte füllen Sie den Bogen **beidseitig** aus!*

chronische Erkrankungen	nein	ja	
<b>Schwerbehindertenausweis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stufe..... Buchstabe..... %.....
<b>Diabetes mellitus</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tablettentpflichtig <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> diätetisch
<b>Herz- / Kreislauf</b> (z.B. Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>Krebserkrankung</b> (z.B. Prostatakrebes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>Blutgerinnungs- / Durchblutungsstörung</b> (z. B. Hämophilie, Thrombose, Gefäßverkalkung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>Nieren- / Blase</b> (z.B. Steinerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>Leber- / Galle</b> (z.B. Hepatitis, Gallensteine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>Magen- / Darm</b> (z.B. Darmpolypen, Magengeschwür)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>Lunge- / Atemwege</b> (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>Augen</b> (z.B. Grauer / Grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>Gelenke- / Skelett</b> (z.B. Arthrose, Rheuma, LWS/BWS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>neurologische Erkrankungen</b> (z.B. Schlaganfall, MS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>psychische Erkrankungen</b> (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>endokrinologische Erkrankungen</b> (z.B. Schilddrüse, Hormonstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....
<b>andere Erkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche: .....

<b>Medikamente?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <b>Bitte <u>alle</u> angeben</b>
nein	ja		

**Bitte wenden**  


Sind <b>Medikamentenallergien / Allergien</b> bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche:
	nein	ja	

Wurden bei Ihnen schon <b>Operationen</b> durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <b>Bitte alle angeben</b>
	nein	ja	

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Wie viele am Tag?
	nein	ja	

Welchen Beruf führen Sie aus / haben Sie ausgeführt?
--

Aus welchem <b>Grund</b> sind Sie heute hier? Welche <b>Beschwerden</b> haben Sie?
--

## Datenschutzeinwilligung

Lieber Patient,  
bei bestimmten Untersuchungen sind wir dazu angehalten an den Hausarzt einen Bericht zu schicken. Diese Untersuchungen sind Ultraschalluntersuchungen, Blasenspiegelungen (Cystoskopien) und Prostatabiopsien. Hierzu benötigen wir Ihre ausdrückliche Einwilligung, welche Sie ablehnen, annehmen und jederzeit zurückziehen können. Im Falle einer Zustimmung benötigen wir vollständige Angaben zu Ihrem Hausarzt.  
Eine ausführliche Information zum Thema Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) finden Sie im Wartezimmer. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft zurückziehen.

- Nein**, Ich willige nicht in die Übermittlung meiner Befunde an den Hausarzt ein
- Ja**, Ich willige in die Übermittlung meiner Befunde an den Hausarzt ein.

<i>Name des Hausarztes</i>	<i>Adresse, Telefon des Hausarztes</i>

## Zusätzliche Einwilligungen

Möchten Sie Termininformationen (Bestätigungen / Änderungen / Hinweise) per Email und / oder SMS erhalten (via Doctolib)	<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>
Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an in die Behandlung eingebundene Institutionen (z.B. Pflege, Krankenhäuser, Labore) sowie Ärzte übermittelt und / oder angefordert werden dürfen.	<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>
Schweigepflichtentbindung gegenüber sonstigen Personen (z.B. Angehörige, gesetzliche Betreuer):	

Name	Anschrift bzw. Telefonnummer

Datum:

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter