



1.2.1 Anamnese

- Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir bitten Sie die folgenden Fragebögen auszufüllen. Sie werden auf jeden Fall noch genug Zeit haben, die Befunde und Beschwerden mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt zu besprechen. Bitte geben Sie alle Unterlagen (Medikamentenplan, Entlassungsbefunde, Röntgenbilder, Datenträger u.ä.) an der Rezeption ab.

Personalien	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Telefonnr.:	Handy*:
Mail*:	
Beruf / ausgeübte Tätigkeit:	
Stationäre Zusatzversicherung? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Anerkannte Berufserkrankung? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Hausarzt / Ort	
* freiwillige Angaben	
Haben Sie eine (ePA) elektronische Patientenakte? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Anamnese	
Waren Sie im Krankenhaus? (letzten 2 Jahre)	Ja <input type="radio"/> Wegen? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wurde eine Röntgenaufnahme der Lunge gemacht?	Ja <input type="radio"/> Wann? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Haben Sie Allergien bzw. eine Medikamentenunverträglichkeit?	Ja <input type="radio"/> Welche? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Liegen ansteckende Krankheiten vor?	Ja <input type="radio"/> Welche? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Schnarchen Sie?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Sind Sie tagsüber müde?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Rauchen Sie?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Datenschutz:	
Wir bitten Sie, der folgenden Datenschutzvereinbarung zuzustimmen. Nur dann sehen wir uns in der Lage, Sie nach hohen Qualitätsstandards und zeitnahe behandeln zu können!	
<ul style="list-style-type: none"> • Mein Befund wird in geeigneter Form an meinem Hausarzt / oder weiterbehandelnder Arzt / Krankenhaus weitergeleitet • Befunde / Röntgenbilder dürfen in meinem Namen angefordert werden • Meine Daten können in anonymisierter Form zum Zweck der Versorgungsforschung verwandt werden. • Meine Befunde können bei entsprechender Indikation zusammen mit anderen Ärzten im Rahmen einer Fallkonferenz besprochen werden (sog. Boards, Tumorkonferenz, Peer Review o.ä.) 	
Ich habe die o.g. Datenschutzvereinbarung zur Kenntnis genommen und stimme dieser zu. Mir ist bewusst, dass ich die obigen Einverständnisse jederzeit widerrufen kann.	
Datum: _____	Unterschrift: _____
 Bitte 2 Seite beachten bitte wenden	



1.2.1 Anamnese

- Anamnesebogen

**Bitte tragen Sie hier alle Medikamente, die Sie zurzeit einnehmen / inhalieren oder die letzten 4 Wochen eingenommen / inhaliert haben, ein!
z.B. Medikamentennamen mg 1-0-1**

Medikamentennamen	µg/mg:	Früh:	Mittag:	Abend:	Bei Bedarf

**Vollmacht zur Abholung von medizinischen Patientenunterlagen
z.B. Rezept / Befunde**

Ja Nein

Wenn Ja wer?

Name:

Telefonnummer:

Im Notfall zu kontaktierende nächste Angehörige

Ja Nein

Wenn Ja wer?

Name :

Telefonnummer:

Datum:

Unterschrift: