

Anamnesebogen und Schweigepflichtsentbindung

Die Patienteninformation zum Datenschutz liegt in der Praxis aus.

Bitte gut leserlich und vollständig ausfüllen! Danke

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Adresse: _____ **Telefon:** _____

Email: _____

Ausgeübter Beruf _____ (ggf. vor der Berentung):

Arbeitsunfähig? Nein Ja seit _____ Berentet

Vorerkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Seelische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> HIV |

Sonstige Erkrankungen: _____

Trinken Sie Alkohol? Ja gelegentlich regelmäßig Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Nehmen Sie Drogen? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja (Bitte in Liste eintragen) Nein

Eingenommene Medikamente (Name, Stärke):

Wichtige Angaben (große Operationen, Medikamentenunverträglichkeiten, Herzschrittmacher, Allergien, etc.): _____

Waren Sie wegen einer neurologischen und/oder psychiatrischen Erkrankung stationär oder teilstationär in einem Krankenhaus aufgenommen? Ja Nein

Wenn **Ja** Wo und Wann? _____

!!! Bitte Rückseite beachten !!!

Folgende(n) Personen (Name, Vorname):

- dürfen meine Rezepte abholen
- dürfen meine ärztlichen Befunde ausgehändigt bekommen
- darf der Arzt meine medizinischen Befunde mitteilen

- Ich habe einen gesetzlichen Betreuer
- eine Patientenverfügung
- eine Generalvollmacht ausgestellt

Zustimmung zur Übermittlung von Patientendaten durch den Facharzt nach § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Facharzt, Praxis Dres. G. u. S. Gschrey,
Brückenstraße 28, 73240 Wendlingen

meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt/Facharzt zum Zweck der beim
Hausarzt/Facharzt durchzuführenden Dokumentation und meiner weiteren Behandlung
übermittelt

Mein Hausarzt ist:

Name des Hausarztes

Weitere Ärzte:

Diese Schweigepflichtentbindung/Einverständniserklärung kann von mir jederzeit, auch in
Teilen, ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

**Ich wurde darauf hingewiesen, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in
Rechnung gestellt werden. (Aushang in der Praxis)**

Wendlingen, den
Datum, Ort

Unterschrift