

ANAMNESEBOGEN



C/O MEDIC

PERSÖNLICHE ANGABEN

Vor- / Nachname _____ Geburtsdatum _____

E-Mail ¹ _____ Telefon mobil ¹ _____

Krankenkasse _____

Vorerkrankungen _____

Allergien / Unverträglichkeiten _____

Medikamente (Name / Dosierung) _____ Bitte geben Sie auch an, wie oft täglich Sie das Medikament einnehmen.

Größe _____ Gewicht _____ Raucher:in

FAMILIENANAMNESE (chronische Krankheiten wie Diabetes / Bluthochdruck / Krebserkrankungen bekannt?)

Herzerkrankung Diabetes Schlaganfall Bluthochdruck Krebserkrankungen

SOZIALANAMNESE

Beruf ² _____ Familienstand _____ Kinder _____

Pflegegrad vorhanden? Ja Nein

NAME DES LETZTEN HAUSARZTES ³ _____

SONSTIGE ANGABEN _____

BITTE BRINGEN SIE NACHFOLGENDE UNTERLAGEN – SOFERN VORHANDEN – ZU IHREM TERMIN MIT:

Impfpass / Vorberichte / Medikamentenplan / Versichertenkarte / Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht

¹ Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen

² Freiwillige Angabe – diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein

³ Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu

BITTE WENDEN



ALLGEMEINE HINWEISE

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen Angaben.

Hinweis zur Organisation: Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte sagen Sie bereits vereinbarte Termine frühzeitig ab, sofern Sie diese nicht einhalten können.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN / HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN ^{1,2,3}

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 _____

Vielen Dank!
Ihr C/O MEDIC Team

