

# ANAMNESEBOGEN



## C/O MEDIC

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Vor- / Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Telefon mobil <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>2</sup> \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Pflegegrad vorhanden?  Ja  Nein

NAME DES LETZTEN HAUSARZTES <sup>3</sup> \_\_\_\_\_

SONSTIGE ANGABEN \_\_\_\_\_

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

Impfpass / Vorberichte / Medikamentenplan / Versichertenkarte / Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht

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

<sup>2</sup> Freiwillige Angabe – diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein

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



### 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 <sup>1,2,3</sup>

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

