

David Matuschek
Facharzt für Innere Medizin
und Pneumologie

Frankfurter Straße 22
65189 Wiesbaden
Telefon:(0611) 305256
Telefax:(0611) 378624
www.lungenarzt-wiesbaden.de

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ m

Telefon: _____ Email: _____

Beruf: _____

Medikamente: _____

Sprays: _____

Vorstellungsgrund: _____

Allergien: Ja Nein (Pollen Hausstaub Andere)

Allergietest: Ja Nein Hyposensibilisierung: Ja Nein

Raucher seit: _____ Zigaretten/d _____

Ex Raucher seit: _____ Zigaretten/d _____

Nie Raucher

Meine Hauptbeschwerden sind am ehesten...

Häufiger Husten

Anfälle von Luftnot

Luftnot bei Anstrengung

Atembeschwerden nachts

Allergie-Beschwerden

Ungewollter Gewichtsverlust

Vorerkrankungen: _____

Name vom Hausarzt: _____

Adresse vom Hausarzt: _____

Über die Patienteninformation zum Datenschutz
(EU-Datenschutz-Grundverordnung) wurde ich informiert.

Wiesbaden, den _____

Unterschrift _____

Pneumologische Praxis

D. Matuschek
Frankfurter Straße 22
65189 Wiesbaden

Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich weiter behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Informationsweitergabe an Angehörige (freiwillige Angabe):

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Informationen an meine folgenden Angehörigen weitergeben darf, sofern deren Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

1. Name des Angehörigen:
2. Tel.-Nr.:
3. Geburtsdatum oder Adresse

4. Name des Angehörigen:
5. Tel.-Nr.:
6. Geburtsdatum oder Adresse

Wir nutzen DOCTOLIB Online Kalender. Doctolib verwaltet sämtliche Daten nach geltenden Datenschutzvorschriften.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)