

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname und Geburtsdatum des Hauptversicherten:

Normaltarif: Basistarif: Standardtarif:

Name der Krankenkasse: _____

Wohnort mit PLZ: _____ Straße: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: ____ kg Größe: ____ m

Telefon: _____ E-Mail: _____

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)