

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in der Lutrina Klinik Ambulanz begrüßen zu dürfen!
 Um einen effizienten Ambulanzablauf zu ermöglichen, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Ihre Persönlichen Daten

Name:	Vorname:
Geboren am:	Geschlecht:
Straße / Hausnummer:	PLZ/ Ort:
Telefon privat:	Telefon mobil:
E-Mail:	Beruf:
Entfernung des Wohnortes (km):	Raucher?: JA () NEIN ()

Ihre Krankengeschichte

Hatten Sie einen Unfall?	Ja (), wenn ja welchen? Arbeits- (), Wege- () oder Schul- () Privatunfall ()? Nein ()
Name des Hausarztes:	Adresse/Telefonnummer des Hausarztes:
Ist eine Pflegestufe vorhanden?	Ja (), wenn ja welchen? Pflegegrad 1-5 (), Nein ()
Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	Ja () Nein ()

Vorerkrankungen

Thrombose	Ja, wann?	Nein ()
Embolie	Ja, wann?	Nein ()
Blutgerinnungsstörung?	Ja, welche?	Nein ()

Bitte wenden!

Ihre Angaben zur Versicherung

Gesetzlich versichert ()	Privat versichert ()	Selbstzahler ()	Kostenerstattungsverfahren ()
Name der Versicherung:	Name der Versicherung:		

Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

Chefarztbehandlung ()
 Belegarztbehandlung ()
 1-Bett Zimmer ()
 2- Bett Zimmer ()
 Mehrbettzimmer ()

Nur auszufüllen bei Privatversicherung:

Reduzierter Tarif (), wenn ja zu welchem Satz? _____
 Beihilfeberechtigung (), wenn ja welche Beihilfestelle? _____

Wir bitten Sie folgendes zu beachten!

Bei nicht rechtzeitiger Absage eines vereinbarten Termins fällt eine Ausfallpauschale von 25€ an.

Bitte bestätigen Sie mit einer Unterschrift, dass alle getätigten Angaben von Ihnen verstanden, wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt wurden.

Kaiserslautern, den _____

Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter _____

Allgemeine Datenschutzvereinbarungen

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gemäß §73. Abs.1b SGB V

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an Überweiser oder weiterbehandelnde Einrichtungen z.B Reha-Klinik übermittelt zwecks Weiterbehandlung und Dokumentation
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Überweiser oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde einholt und für die Zwecke der zu erbringenden Ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt
- es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann
- für andere als die oben genannten Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen
- mein Vor- und Nachname per Aufrufsystem im Praxiswartezimmer sowie im Foyer (öffentlicher Bereich) auf dem Bildschirm erscheint

Hinweis: Medizinische Dokumentationen und /oder Befunde dürfen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht per E-Mail versendet werden.

Vollmacht (optional)

Der nachstehend genannten Person(en) erlaube ich Unterlagen (Rezepte, Überweisungen, Befunde, usw.) für mich/ meine Kinder /meiner zu betreuenden Person in der Praxis abzuholen.

Name, Vorname

Wir bitten Sie folgendes zu beachten!

Bei nicht rechtzeitiger Absage eines vereinbarten Termins fällt eine Ausfallpauschale von 25,00 € an.

Bitte bestätigen Sie mit einer Unterschrift, dass alle getätigten Angaben von Ihnen verstanden, wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt wurden.

Kaiserslautern, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!