

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen möglichst genau und in Druckbuchstaben zu beantworten. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

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 ()? Unfalltag: Unfallhergang: Nein ()
Name des Hausarztes :	Adresse/Telefonnummer des Hausarztes:
Sind Sie mit einem Brief an Ihren Hausarzt / Zuweiser einverstanden?	Ja () Nein ()
Ist eine Pflegestufe vorhanden?	Ja (), wenn ja welchen? Pflegegrad 1-5 (), Nein ()
Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	Ja () Nein ()

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? Ja () Nein ()

wenn ja: Chefarztbehandlung (), Wahlleistung Arzt im Belegarztthaus (), 1- () oder 2-Bett-Zimmer ()

Nur auszufüllen bei Privatversicherung:

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

Beihilfeberechtigung (), wenn ja welche Beihilfestelle? _____

Information für Privatpatienten: Wir weisen darauf hin, dass Sie im Falle einer Operation mit Entnahme von Gewebe eine Rechnung über die histologische Untersuchung durch das Institut für Pathologie in Kaiserslautern erhalten.

Bitte wenden

Lungenerkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Krebserkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche:

bzgl.Krebserkrankung: OP? Bestrahlung? Chemotherapie?

Wenn ja, wann:

Sonstige Erkrankungen:

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche und wofür ?

.....

.....

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein

Wenn ja, welche?.

.....

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?

Bei bestimmten Materialien / Nahrungsmitteln? Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

.....

Abschließend möchten wir ausdrücklich darauf hinweisen, dass Sie nach Verabreichung von schmerzstillenden und betäubenden Spritzen am gleichen Tag weder Autofahren noch Maschinen bedienen dürfen.

Bitte bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift, dass Sie diesen Hinweis erhalten und die obigen Fragen verstanden haben.

Falls Sie zum vereinbarten Termin nicht erscheinen können, bitten wir um rechtzeitige Absage, da wir Ihnen den Termin ansonsten mit 25 EUR in Rechnung stellen müssen.

Absagen können Sie telefonisch unter 0631-205640, per Fax 0631-0564111 od. schicken Sie uns eine E-Mail an info@lutrinallinik.de

Datum: Unterschrift:

Bitte wenden

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
Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Bitte wenden