

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Praxis wall 36, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT

Name | Vorname

Titel

Straße | Hausnummer

Geburtsdatum | Geburtsort

Postleitzahl | Ort

E-Mail*

Telefon (privat)

Wie können wir Sie tagsüber erreichen?

Telefon (mobil)*

Beruf**

WIE SIND SIE VERSICHERT? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Gesetzlich versichert:

Freiwillig

Pflicht

Privat versichert:

Basistarif

Standardtarif

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Ja

Nein

VERSICHERTER Falls abweichend vom Patienten.

Name

Vorname

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Geburtsdatum

Telefon (privat)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT Zutreffendes bitte ankreuzen.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Asthma

Diabetes

Herzfehler | künstliche Herzklappe

Allergien Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?

Endokarditisprophylaxe

Herzinfarkt

Herzschrittmacher

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Ohrensausen | Tinnitus

Epilepsie

Grüner Star

Leber

Nieren

Schilddrüse

Magen-Darm-Trakt

Gelenke (Rheuma)

Osteoporose

Tumorerkrankung

Immunsuppression

Schlaganfall

Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen

Sonstige Erkrankungen _____

Haben Sie eine Lebensmittelunverträglichkeit?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen?

Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

* Freiwillige Angabe | wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

** Freiwillige Angabe | diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN INFEKTIONSKRANKHEITEN? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Hepatitis A B C HIV | AIDS Tuberkulose
 Krankenhauskeime (z.B. MRSA, etc.) Creutzfeldt-Jakob (CJK) | Varianten CJK

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Blutdruckmedikamente Herzmedikamente Bisphosphonate
 Cortison (Kortikoide) Schmerzmittel Antidepressiva
 Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®

Sonstige Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

WEITERE MEDIZINISCH RELEVANTE ANGABEN Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, in welcher Woche? _____
Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? ____
Schnarchen Sie? Ja Nein

ALLGEMEINE HINWEISE

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort | Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

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

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH FÜR IHRE BEANTWORTUNGSZEIT
IHR TEAM DER PRAXIS WALL 36

TATIANA BIRGER
Fachärztin für
Innere Medizin
Stocksgasse 4 | 42103 Wuppertal
Tel 0202 44 33 46 | Fax 0202 45 52 02
praxis@praxis-wall36.de | praxis-wall36.de

AUF EINE GESUNDE
GEMEINSCHAFT