

Anamnesebogen

Dokument

vollständiger Name		Geburtsdatum	Beruf (ggf. früher Beruf)
Telefon	Email		Fax
Hausarzt			
Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an folgende Institutionen / Personen einverstanden (unbedingt ausfüllen!) :			
<input type="checkbox"/> an die von der Praxis beauftragten Laborinstitute <i>(Ohne Einverständnis sind keine labormedizinischen Untersuchungen möglich!)</i>			
<input type="checkbox"/> oben genannter Hausarzt / <input type="checkbox"/> Arzt, von dem ich überwiesen wurde			
<input type="checkbox"/> weitere Ärzte (unbedingt NAME und ADRESSE angeben) : _____			
<input type="checkbox"/> Angehörige (vollständiger NAME und GEBURTSDATUM angeben) : _____			
<input type="checkbox"/> Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an weitere Personen / Institutionen nicht einverstanden.			
<input type="checkbox"/> Ich willige ein, dass mir per E-Mail oder Fax Befunde o.ä. unverschlüsselt zugesendet werden dürfen.			
<input type="checkbox"/> für Männer ab 45 Jahren : Ich möchte jährlich per Post an die urologische Vorsorge erinnert werden. <i>Sie können Ihre Einwilligung zur Weitergabe Ihrer Daten jederzeit widerrufen.</i>			
Sind alle Schutzimpfungen (Tetanus, Mumps-Masern, Röteln, etc.) aktuell? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>Bei Interesse an Impfungen sprechen Sie uns an!</i>		<input type="checkbox"/> Raucher? Zigaretten tgl. <input type="checkbox"/> Nichtraucher? <input type="checkbox"/> Ex-Raucher?	
Hatten Sie bereits Darmspiegelung (Koloskopie)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, im Jahr		Körpergewicht kg Körpergröße: cm	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder nach Bedarf ein?			
Vorangegangene Operationen, Krankenhaus-Aufenthalte und wichtige Begleitkrankheiten (Diabetes, Grüner Star (Glaukom), Bluthochdruck, ...):			
Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten? (z.B. Antibiotika, jodhaltige Röntgenkontrastmittel)			

Datum, Unterschrift: