

## ANAMNESEBOGEN

### Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihren Aufenthalt in der Praxis optimal vorbereiten zu können, möchten wir Sie bitten, dieses Formular möglichst genau auszufüllen. Wir bedanken uns herzlich für Ihre Unterstützung. Durch Ihre Mithilfe haben wir mehr Zeit, mit Ihnen aktuelle Fragen zu besprechen und Therapiekonzepte zu erarbeiten.

Ihr Praxisteam

<b>Nachname</b>	<b>Geburtsname</b> bitte auch bei Männern!	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
-----------------	---	----------------	---------------------

<b>Straße</b>	<b>Wohnort</b>	<b>Ihre Telefon-Nummern</b>
		Privat:
		Mobil:
		Geschäftlich:

<b>Ihre E-Mail-Adresse</b> nur wenn Versand von Dokumenten (ungeschützt) per E-Mail erwünscht	<b>Name des nächsten Angehörigen</b>	<b>Telefon-Nummern Ihres Angehörigen</b>
---	--------------------------------------	--

<b>Krankenversicherung?</b>	Privat      Gesetzlich	bei:
	Zusatzversicherung	bei:
<b>Sind Sie zuzahlungsbefreit?</b>	Nein              Ja	bis:

### Im Falle einer Tumorerkrankung sind wir verpflichtet, Ihre Erkrankung an das Landeskrebsregister Baden-Württemberg zu melden.

Ich habe das Patienteninformationsblatt erhalten und weiß, dass ich der Weitergabe meiner Identitätsdaten jederzeit widersprechen kann. (Widerspruchsformular erhältlich an der Anmeldung).

Ja  
Nein

<b>Wer ist Ihr Hausarzt?</b>	Name:	Ort:
Weitere Ärzte, die Briefe erhalten sollen oder von denen wir Befunde anfordern dürfen:	Name:	Ort:
	Name:	Ort:
Wo waren Sie bisher in Behandlung (Kliniken, Ärzte)?	Name/Abteilung/Ort:	

<b>Wie groß sind Sie?</b>	cm
<b>Wie viel wiegen Sie?</b>	kg

## ANAMNESEBOGEN

**Erlauben Sie uns einige Fragen zu Ihrer häuslichen Situation:**

Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand:    ledig            verheiratet            verwitwet            getrennt

Anzahl Kinder:    Davon leben in der Nähe: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie in der Vergangenheit ernste Erkrankungen?**

Nein            **Wenn ja, welche und wann?** (z.B. Herzinfarkt im März 2000, frühere Operationen, Klinikaufenthalte)

**Gibt es Begleiterkrankungen?**

Nein

**Hatten Sie in den letzten 5 Jahren schon einmal eine Darmspiegelung?**

Nein

**Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?**

Nein            **Wenn ja, welche?** (z.B. Jod, Penicillin)

**Nennen Sie uns hier bitte alle weiteren Medikamente, die Sie zur Zeit nehmen, auch solche, die nicht in Zusammenhang mit dem aktuellen Grund Ihres Besuches stehen:**

Medikament	Dosis
z.B. Furosemid	40 mg täglich, 1-1-0

**Für Privatpatienten:**

**Mit Ihrer Unterschrift auf diesem Abschnitt erklären Sie:**

- Ich habe das Informationsblatt für Privatpatienten/Beihilfeberechtigte gelesen.
- Ich wünsche eine privatärztliche Behandlung.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Abschließend noch eine letzte Frage: Wie haben Sie von uns gehört?  
(z.B. Empfehlung Hausarzt/Klinik/Bekannte/Internet)

## Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

**Ich** (bitte Angaben in Druckschrift eintragen)

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Wohnhaft in
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

erkläre mich einverstanden, dass in der Onkologie/Endoskopie Dreiländereck Lörrach meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis wurde mir ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten oder Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte oder Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Diese Erklärung bleibt gültig bis auf einen eventuellen Widerruf. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.**

Ort/Datum:

---

Unterschrift:

---