

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vollständig aus.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Telefon _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon (Festnetz) _____ Telefon (Mobil) _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____ Größe _____ Gewicht _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

	ja	nein	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann: _____ Wie viele Zigaretten täglich? _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche: _____

Welche Erkrankungen Sind bei Ihnen bekannt?

	ja	nein		ja	nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cholesterinwerte erhöht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / COÜD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welcher Typ Diabetes? _____ Wenn ja, welche: _____

Seit wann ist der Diabetes bekannt? _____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

	ja	nein		ja	nein
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie am DMP Programm Diabetes teil? ja nein

Nehmen Sie am KHK (Koronare Herzkrankheit) teil? ja nein

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen dieser Praxis meine Daten offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger und Ärzte übermittelt werden.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich von der Praxis schriftlich, telefonisch oder per E-Mail kontaktiert werde.

Ort, Datum

Unterschrift/ ggf. gesetzl. Vertreter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich wünsche, dass folgend Privatpersonen/Angehörige, Auskünfte über meine Befunde einholen dürfen, sowie Befunde und Rezepte in meinem Namen abholen dürfen.

Ich kann die Einverständniserklärung zu jeder Zeit widerrufen.

Bitte hier keine Haus- oder Fachärzte eintragen!

Name, Vorname

Beziehungsstatus/Angehöriger

Name, Vorname

Beziehungsstatus/Angehöriger

Name, Vorname

Beziehungsstatus/Angehöriger

Name, Vorname

Beziehungsstatus/Angehöriger

Name, Vorname

Beziehungsstatus/Angehöriger

Name, Vorname

Beziehungsstatus/Angehöriger

Ort, Datum

Unterschrift/ ggf. gesetzl. Vertreter

Einwilligungserklärung

Zur elektronischen Übermittlung per eArztbrief und Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Hiermit stimme ich der Übermittlung meiner persönlichen Daten zu.

- Name, Vorname
- Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)
- Geburtsdatum

Ich wurde darüber informiert, dass mein Arzt Felix Kämpfer personenbezogene Daten von mir für Zwecke der Behandlung / Weiterbehandlung an Mitbehandler oder andere Einrichtungen auf elektronischem Weg aus seinem Arztinformationssystem CGM Albis heraus übermitteln wird. Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in CGM Albis erfasst sind. Die Daten werden als eArztbriefe übertragen. Dieser Dienst ist für mich als Patient kostenfrei.

Ich wurde weiter darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Daten in verschlüsselter Form über das Internet übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind.

Die empfangende Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelnden Daten für meine (Weiter-) Behandlung zu nutzen. Mein Recht der freien Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Sperrung und Löschung dieser Daten.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit, ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft, schriftlich widerrufbar. Ich wurde darüber unterrichtet, dass im Falle meiner Weigerung, die Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung der Daten aus CGM Albis heraus nicht erfolgen wird. Weitere Folgen ergeben sich aus der Weigerung nicht.

Ich bin mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden. Ich erteile die Einwilligung für meinen behandelnden Arzt und bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für künftige Datenlieferungen gültig ist.

Zu Fragen des Datenschutzes ist der Konzernbeauftragte für Datenschutz der CGM SE erreichbar.

Hans Gerlitz
Telefon: 0261 - 8000 1667
E-Mail: hansjosef.gerlitz@cgm.com

Darüber hinaus habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift