



Anamnesebogen

Felix Kämpfer Internist & Diabetologe
Bahnhofstr. 76, 21255 Tostedt
Tel.: 04182-707270 Fax: 04182-6940

4. Januar 2023

Seite 1

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

Name, Vorname: _____ geb.

Adresse: _____

Telefon 1: _____

Telefon 2: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ **Größe/Gewicht:** _____ **cm,** _____ **kg**

Wer ist Ihr Hausarzt: _____

Sind Sie Raucher ja nein wenn ja, seit wann? _____

wieviele Zig./tgl.? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ja nein

Leiden Sie an Allergien ja nein

wenn ja, welche? _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck ja nein

Cholesterinwerte erhöht ja nein

Asthma/COPD ja nein

Blutungsneigung ja nein

Krampfanfälle ja nein

Thrombose ja nein

Herzerkrankungen/Herzinfarkt ja nein

Hepatitis/Lebererkrank. ja nein

Schlaganfall ja nein

Koronare Herzkrankheit ja nein

Magen/Darmerkrankungen ja nein

Krebserkrankungen ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Diabetes mellitus ja nein

OP's: _____

Welcher Typ Diabetes? _____

seit wann ist der Diabetes bekannt? _____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Diabetes mellitus ja nein

Herzerkrankungen ja nein

Bluthochdruck ja nein

erhöhte Blutfette ja nein

Schlaganfall ja nein

Krebsleiden ja nein

Nehmen Sie am DMP Programm Diabetes teil? ja nein

oder KHK(Koronare Herzkrankheit) ? ja nein

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



Anamnesebogen

Felix Kämpfer Internist & Diabetologe
Bahnhofstr. 76, 21255 Tostedt
Tel.: 04182-707270 Fax: 04182-6940

4. Januar 2023

Seite 2

Name, Vorname:

geb.

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 Beziehungstatus/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, Nr. 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 Arzteinformationssystem 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, Hans Gerlitz, Tel.: 0261-80001667, Mail: hansjosef.gerlitz@cgm.com erreichbar.

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