Qualität und Entwicklung in Praxen

Anamnesebogen

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

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

Name, Vorname: Geb. Datum:
Adresse:
Telefon 1: **Telefon 2:**

E-Mail: _____
Beruf: _____ **Größe/Gewicht: _____cm, _____kg**

Wer ist Ihr Hausarzt: _____

Sind Sie Raucher	ja O nein O	seit wann?_____ wieviele Zig./tgl.? _____
Trinken Sie Alkohol	ja O nein O	wie oft?_____
Leiden Sie an Allergien	ja O nein O	wenn ja, welche?_____ _____ _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck	ja O nein O	Cholesterinwerte erhöht	ja O nein O
Asthma/COPD	ja O nein O	Blutungsneigung	ja O nein O
Krampfanfälle	ja O nein O	Thrombose	ja O nein O
Herzerkrankungen/Herzinfarkt	ja O nein O	Hepatitis/Lebererkrank.	ja O nein O
Schlaganfall	ja O nein O	Koronare Herzkrankheit	ja O nein O
Magen/Darmerkrankungen	ja O nein O	Krebserkrankungen	ja O nein O
Schilddrüsenerkrankungen	ja O nein O	Nierenerkrankungen	ja O nein O
Diabetes mellitus	ja O nein O	OP`s: _____	

Welcher Typ Diabetes? _____ _____
seit wann ist der Diabetes bekannt? _____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Diabetes mellitus	ja O nein O	Herzerkrankungen	ja O nein O
Bluthochdruck	ja O nein O	erhöhte Blutfette	ja O nein O
Schlaganfall	ja O nein O	Krebsleiden	ja O nein O

Nehmen Sie am DMP Programm Diabetes teil? ja O nein O
oder KHK(Koronare Herzkrankheit) ? ja O nein O

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**

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

Name, Vorname: Geb.Datum:

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

Einwilligungserklärung:

Hiermit stimme ich der Übermittlung meiner persönlichen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und Datenschutzrichtlinien an die überweisenden Ärzte per eArztbief zu.
Ich kann die Einverständniserklärung zu jeder Zeit widerrufen.

Wir behalten uns vor, bei Nicht Einhalten der geplanten Termine, diese ggf. in Rechnung zu stellen. Bitte sagen Sie deshalb Ihre Termine rechtzeitig ab! (auch per E-Mail möglich) Herzlichen Dank

_____
Ort, Datum, **Unterschrift/ ggf. gesetzl. Vertreter**