

Dr. med. Antje Bierschwale
Georgstr. 19
30159 Hannover

Anamnesebogen

Vor- und Zuname: _____ geb. am _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Wohnort: _____

Tel.: _____ Handy-Nr: _____ Email: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ FAX: _____

Krankenversicherung: _____ Nr.: _____

Was führt Sie aktuell in die Praxis? _____

Welche Erkrankungen sind aus der Vergangenheit bei Ihnen bekannt? _____

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt/sind geplant? _____

Gibt es Erkrankungen in der Familie? _____

Welche Medikamente in welcher Dosierung nehmen Sie ein? _____

Welche Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten sind bei Ihnen bekannt? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ Nur Frauen: Sind Sie schwanger? _____

Besitzen Sie einen oder mehrere Impfausweise? _____

Recall: Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine (schriftlich und/oder telefonisch) erinnert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner med. Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore/Krankenhäuser übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren/Krankenhäusern eingeholt werden dürfen; außerdem, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

An folgende Angehörige/Personen, Apotheken, Therapeuten dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten bzw. Rezepte weitergegeben werden:

Name/Adresse/Telefon:

1. _____

2. _____

3. _____

Die Datenangaben sind freiwillig. Einwilligungserklärungen können jederzeit widerrufen werden. Die Patienteninformationen zum Thema Datenschutz hängen im Wartezimmer aus.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Bogens!

Datum: _____ Unterschrift: _____