

Einverständniserklärung und Anamnesebogen

Patientendaten	Hausarzt:
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Festnetz:	mobil:
Bekannte Erkrankungen:	

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Zutreffendes bitte ankreuzen!	Nein	Ja
Haben Sie eine Infektionskrankheit (z. B. Gelbsucht, HIV, Tbc)?		
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar, ASS)?		
Haben Sie Allergien? Wenn ja: welche?		
Sind Sie zuckerkrank?		
Haben Sie hohen Blutdruck?		
Haben Sie niedrigen Blutdruck?		
Rauchen Sie?		
Trinken Sie täglich Alkohol?		
Konsumieren Sie Drogen?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Bitte auf der Rückseite angeben!)		
Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung (z. B. Prostata-Krebs)?		
Haben Sie sichtbar Blut im Urin bemerkt?		
Ist bei Ihnen ein Nierensteinleiden bekannt?		
Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen?		
Möchten Sie an die jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? (Gilt nur für Männer ab 45 Jahren)		

Wichtige Information:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie als Arzt umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, Befunde und Diagnosen elektronisch gespeichert werden.

Der Weitergabe meiner Befunde an Dritte (andere Ärzte oder Krankenhaus) stimme ich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum/Unterschrift des Patienten bzw. dessen Erziehungsberechtigten.

