

Anamnesebogen

Schön, dass Sie bei uns sind! Damit wir sie besser behandeln können, füllen Sie uns bitte den Bogen aus und geben ihn wieder am Empfang ab.

Herzlichen Dank, Ihr Praxisteam

Nachname _____

Vorname _____ Titel: _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Festnetznummer _____ Mobilfunknummer _____

E-Mail _____

Bisheriger Hausarzt _____

Wollen Sie den Hausarzt wechseln? ja nein vielleicht

Persönliche Angaben

Beruf / Ausbildung _____

Familienstand ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend verwitwet

Kinder _____

Raucher nein, ja seit _____ Jahren _____ Zigaretten / Tag

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Organspendeausweis vorhanden ja nein

Patientenverfügung vorhanden ja nein

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? nein ja – Betreuer: _____

Pflegegrad nein ja _____

Treiben Sie Sport nein ja, welchen _____

Welche Erkrankungen haben / hatten Sie? Allergien? Wichtige Operationen?

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt (Vater / Mutter / Geschwister)?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

DR. PETRA GLASMAYER

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin / Wolfratshausenstraße 210a, 81479 München

Telefon 089/79 45 63 / info@dr-glasmeier.de

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank / IBAN: DE54300606010028329103 / BIC: DAAEDEDXXX

www.dr-glasmeier.de

Einwilligungserklärung Datenschutz

Einverständniserklärung zur Durchführung von SMS- und/oder E-Mail-Benachrichtigungen

Hiermit willige ich ein, dass mich die oben genannte Arztpraxis mittels SMS zum Zwecke der Terminerinnerung kontaktieren darf. Hiermit willige ich ein, dass mich die unten genannte Arztpraxis mittels E-Mail kontaktieren darf.

Ich erkläre mich insoweit ausdrücklich einverstanden mit der Weitergabe meiner zum Zwecke des SMS-Dienstes und/oder E-Mail-Dienstes erforderlichen Daten (Vorname, Name, Mobilfunknummer und/oder E-Mail-Adresse).

Meine Daten werden ausschließlich zum Zweck der Verarbeitung und Übermittlung der SMS-Benachrichtigung und/oder E-Mail-Benachrichtigung von meiner behandelten Arztpraxis an meine Mobilfunknummer und/oder E-Mail-Adresse verwendet.

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- Ich erkläre die Anlage „Patienteninformationen zum Datenschutz“ gelesen zu haben.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Für weitere Informationen beachten Sie bitte die Datenschutzhinweise auf unserer Homepage.

Ort, Datum

Unterschrift

DR. PETRA GLASMAYER

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin / Wolfratshausenstraße 210a, 81479 München

Telefon 089/79 45 63 / info@dr-glasmeier.de

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank / IBAN: DE54300606010028329103 / BIC: DAAEDEDXXX

www.dr-glasmeier.de