

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Tobias Finzel
Allgemeinmedizin
Anästhesie
Notfallmedizin

Martin Kreimann
Allgemeinmedizin



Hauptstraße 69 90562 Heroldsberg
Tel.: 0911/5180823 Fax: 0911/5186028
E-Mail: finzel-kreimann@hausarzt-heroldsberg.de

Web: www.hausarzt-heroldsberg.de

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

Ihre Gewohnheiten:

Rauchen Sie? _____ Regelmäßiger Alkoholkonsum? _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Sind sie schwanger? _____

Haben Sie Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Praxisbesuch Ihren Impfausweis mit!

Durch Zusatzqualifikationen können wir Ihnen ein erweitertes Therapiespektrum wie Akupunktur, Aufbauinfusionen, Eigenblutbehandlungen, Reisemedizin und -beratung, sportmedizinische Prävention anbieten. Bei Interesse sprechen Sie uns an!

Alle Mitarbeiter der Praxis unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Aus Gründen des Datenschutzes bitte wir Sie um Ihre **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich, _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnort)

erkläre mich einverstanden, dass

mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlungen anfordern darf.

mein Hausarzt meine betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an andere mitbehandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen anfordern darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Wir weisen darauf hin, dass bei Ausfall zeitlich umfangreicher Termine ohne rechtzeitige Absage eine Verdienstaufschlagsentschädigung entsprechend des geplanten Termin-Umfangs privatärztlich in Rechnung gestellt werden kann.

Datum

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Bevollmächtigung

Patient: _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

Die genannten Personen sind befugt:

über Abholung meiner Rezepte oder andere Unterlagen

Bevollmächtigte: _____

über Auskunft meiner Untersuchungsergebnisse. (Arztberichte, Laborbefunde usw.)

Bevollmächtigte: _____

Datum, Unterschrift des Patienten