

Anamnesebogen

Name, Vorname _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Telefon privat: _____ Handy/Arbeit: _____

E-Mail Adresse: _____

Hausarzt/Ort: _____

Krankenkasse/Kostenträger: _____

1.) Wegen welchen Beschwerden haben Sie unsere Praxis heute aufgesucht?

Husten Atemnot Allergie Schlafstörungen

Sonstiges: _____

Seit wann bestehen diese Beschwerden? _____

2.) Sind bei Ihnen Allergien bekannt? JA NEIN

Wenn „JA“ welche: _____

Haben Sie Haus – oder Hoftiere? Welche? _____

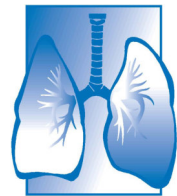
3.) Wann und wo wurde das letzte Röntgenbild Ihrer Lunge gemacht?

4.) Was üben Sie beruflich aus? _____

5.) Rauchen Sie oder haben Sie mal geraucht?

JA seit wann: _____ Anzahl der Zigaretten pro Tag: _____

NEIN Nichtraucher seit: _____



6.) Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, etc.) Lungenerkrankungen oder Allergien bekannt?

Welche: _____

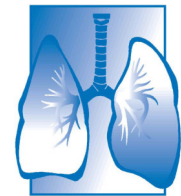
7.) Sind bei Ihnen sonstige Krankheiten bekannt, welche?

Falls Sie Vorbefunde / Röntgenbilder / einen aktuellen Medikamentenplan dabei haben, geben Sie diese Unterlagen bitte an der Anmeldung ab.

Sollten Sie keinen Medikamentenplan dabei haben, füllen Sie bitte den nachfolgenden Abschnitt aus.

8.) Aktuelle Medikamente:

Medikamentenname / Stärke	Anzahl morgens	Anzahl mittags	Anzahl abends



Datenschutzerklärung

Name, Vorname: _____

geb.: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, erhoben, verarbeitet und an **weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken** übermittelt werden dürfen.

Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen/Angehörigen weitergegeben werden nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Hiermit willige ich ein, dass mich die oben genannte Praxis mittels Telefon und Post kontaktieren darf.

Falls eine Kontaktaufnahme auch per E-Mail oder SMS gestattet ist, bitten wir Sie dies unten zu kennzeichnen:

E-Mail _____

SMS _____

Die Information zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in unserer Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in