

# Anamnesebogen

Dokument

<b><u>vollständiger Name, Geburtsdatum</u></b>		Beruf (ggf. früherer Beruf)	
Telefon	Email	Fax	
Hausarzt			
Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an folgende Institutionen / Personen einverstanden ( <b>unbedingt ausfüllen!</b> ): <input type="checkbox"/> an die von der Praxis beauftragten Laborinstitute ( <i>Ohne Einverständnis sind keine labormedizinischen Untersuchungen möglich!</i> ) <input type="checkbox"/> oben genannter Hausarzt / <input type="checkbox"/> Arzt, von dem ich überwiesen wurde <input type="checkbox"/> weitere Ärzte ( <i>unbedingt Namen und Adresse angeben</i> ): _____ <input type="checkbox"/> Angehörige ( <i>unbedingt Namen und Geburtsdatum angeben</i> ): _____ <input type="checkbox"/> Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an weitere Personen / Institutionen nicht einverstanden. <input type="checkbox"/> Ich willige ein, dass mir per E-Mail oder Fax Befunde o.ä. unverschlüsselt zugesendet werden dürfen. <input type="checkbox"/> <b>für Männer ab 45 Jahren:</b> Ich möchte jährlich per Post an die urologische Vorsorge erinnert werden. <i>Sie können Ihre Einwilligung zur Weitergabe Ihrer Daten jederzeit widerrufen.</i>			
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Arzt <input type="checkbox"/> private Empfehlung			
ab 55 Jahren: hatten Sie bereits eine Vorsorge-Darmspiegelung (Koloskopie)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am .....			
Sind alle Schutzimpfungen (Tetanus etc.) aktuell? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Haben Sie einen Impfpass? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Raucher? ..... Zigaretten tgl.  <input type="checkbox"/> Nichtraucher?  <input type="checkbox"/> Ex-Raucher?	Körpergewicht ..... kg  Körpergröße: ..... cm	
<b>Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder nach Bedarf ein?</b>			
Name		Dosierung	
Vorangegangene Operationen, Krankenhaus-Aufenthalte und wichtige Begleitkrankheiten (Diabetes, Grüner Star (Glaukom), Bluthochdruck, ...):			
Allergien oder Unverträglichkeiten – insbesondere gegen Medikamente? (z.B. Antibiotika, jodhaltige Röntgenkontrastmittel)			
<b><u>Datum, Unterschrift:</u></b>			