ANAMNESEBOGEN

INTERNISTISCH-PNEUMOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS
Josef Wenkow & Dr. med. Anna Apine

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Arzt und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung (gemäß § 630c Abs.1 BGB) zusammenwirken. Sie als Patient/in sollten alle für die Behandlung bedeutsamen Umstände offenlegen. Diese Angaben sind freiwillig, jedoch für Ihre optimale Behandlung in unserer Praxis erforderlich.

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Telefon	
Hausarzt		Beruf	

!! Bitte ankreuzen/ausfüllen:

AKTUELLE BESCHWERDEN
□ Husten □ Atemnot □ Auswurf □ Brustschmerz □ Schnarchen □ Allergie □ Belastungsatemnot

□ Infektanfälligkeit □ Sonstige: _____

_____ Seit wann?_____

BEGLEITSYMPTOME
□ Häufige Infekte □ Gewichtsverlust □ Nachtschweiß □ Sodbrennen □ Tagesmüdigkeit

BESCHWERDEN TRETEN AUF
□ bei Belastung □ in Ruhe □ morgens □ tagsüber □ nachts □ ganzjährig □ saisonal

VORERKRANKUNGEN
□ Asthma □ COPD □ Bluthochdruck □ Diabetes □ Herzkrankheit □ Schlafapnoe
□ Tumorerkrankung (welche?)_____

Sonstige: _____

RAUCHER- UND ALKOHOLANAMNESE
□ Nichtraucher □ Ex-Raucher (seit wann)_____□ Raucher_____Zigaretten/Tag seit____Jahren
□ Alkohol (Menge)_____

PNEUMOLOGISCH-ALLERGOLOGISCHE ANAMNESE
□ Pollenallergie □ Hausstaubmilbenallergie □ Insektengiftallergie □ Hyposensibilisierung erfolgt
□ Beruflicher Kontakt zu Staub, Rauch oder Schadstoffen (welche)_____

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN
□ Antibiotika □ Schmerzmittel □ Pflaster Sonstige:_____

FAMILIENANAMNESE
□ Lungenkrankheiten □ Herzkrankheiten □ Krebs □ Diabetes □ Sonstige: _____

AKTUELLE MEDIKAMENTE (Spray, Tabletten, Tropfen): _____

_____

SONSTIGES
Ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, MRSA)?
□ Nein □ Ja: (welche) _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

INTERNISTISCH-PNEUMOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS
Josef Wenkow & Dr. med. Anna Apine

Datenschutz / Schweigepflichtentbindung / Kommunikation

Name, Vorname: _____Geburtsdatum:_____

Anschrift: _____

Telefon: _____**E-Mail (wichtig) :** _____

Hausarzt (wer und wo): _____

VERTRAUENSPERSON(EN)

Folgende Person(en) dürfen für mich Rezepte, Überweisungen und Befundberichte abholen sowie medizinische Auskünfte erhalten:

Name: _____Name:_____

BITTE ANKREUZEN

□ JA □ NEIN	Ich entbinde die Ärztinnen und Ärzte dieser Praxis von ihrer Schweigepflicht gegenüber den an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringern, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.
□ JA □ NEIN	Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Befunde und Behandlungsunterlagen bei anderen behandelnden Ärztinnen, Ärzten oder Einrichtungen anfordert und in meiner Patientenakte speichert.
□ JA □ NEIN	Ich bin damit einverstanden, dass medizinische Befunde, Arztbriefe und behandlungsrelevante Informationen an mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt werden, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.
□ JA □ NEIN	Ich gestatte diese Kommunikation mit anderen Leistungserbringer per E-Mail, Telefon oder Fax**.** Mir ist bekannt, dass die Übermittlung von Gesundheitsdaten so nicht vollständig sicher erfolgt. Es besteht das Risiko, dass Dritte unbefugt Kenntnis erhalten können. Ich wurde darüber informiert, dass eine sichere Übermittlung insbesondere über KIM-Dienste oder den Postweg möglich ist.
□ JA □ NEIN	Die Praxis darf mich zur Terminbestätigung, Terminänderung, Erinnerung an Kontrolluntersuchungen sowie zu organisatorischen Rückfragen per Telefon/SMS/E-Mail kontaktieren. Ich willige ausdrücklich ein, meine medizinischen Befunde auf digitalem Wege an mich selbst übermittelt zu bekommen.
□ JA □ NEIN	Für den Fall einer Praxisübergabe, Praxiserweiterung oder Praxisnachfolge bin ich damit einverstanden, dass meine Behandlungsunterlagen und Patientendaten zum Zweck der Fortführung meiner medizinischen Versorgung übergeben werden.

HINWEISE

Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten erfolgt entsprechend den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere der DSGVO, dem BDSG, § 203 StGB sowie den berufsrechtlichen Vorschriften für Ärztinnen und Ärzte.

Mir ist bekannt, dass ich jede erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Die Datenschutzhinweise der Praxis habe ich erhalten bzw. zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum _____

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in_____