

ANAMNESEBOGEN (STAND 21.08.2024)

Patient(in)

Name, Vorname _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Tel _____
Mobil _____
E-Mail _____
Geburtsdatum _____
Beruf _____
Empfehlung durch _____

Elternteil (bei Minderjährigen)

Krankenversicherung
 Gesetzlich oder Selbstzahler (als privatversicherter)
 Privat oder Beihilfe HP Zusatzversicherung
Name Versicherung: _____

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schwanger (Woche____) | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> G6PDG-Mangel | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / Infarkt |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz (Albuminmangel) |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Beta-Blockern | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz (DAO-Mangel) | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Kieferbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche / Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlafschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Thrombose / Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> rein vegane oder vegetarische Ernährung | <input type="checkbox"/> andere Erkrankung bzw. Erläuterungen: | | |
- _____

- Gab es schon mal eine Komplikation nach einer Infusion? Ja Nein

- Gibt es Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Lebensmittel, Medikamente, Metalle, Laktose, Gluten,...)

- Nehmen Sie Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein? (z.B. Kortison, Blutverdünner, BETA-Blocker,...)

- Gab es in der Vergangenheit schwerere Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Operationen oder künstliche Gelenke?

Ostfildern, den _____ Unterschrift Patient(in) (ggf. Erziehungsberechtigter) _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Patient(in) Name, Vorname: _____

- Ich habe die AGB, Datenschutzerklärung, Patienteninformationen, Risiken und Nebenwirkungen, Komplikationen, Heilversprechen, etc. gelesen, verstanden und akzeptiere die Bedingungen.
- Ich erteile meine Erlaubnis zur Kontaktaufnahme zu Themen wie Terminvereinbarungen, Rücksprachen, Behandlungsbesprechung, etc. über Email oder Telefon.
- Ich erteile die Erlaubnis die Rechnung per Mail zu versenden (ohne Passwortschutz).
- Ich habe die Angaben zur Gesundheit wahrheitsgemäß beantwortet.
- Ich wurde über die Kosten / Gebühren aufgeklärt und akzeptiere die Bedingungen.
- Ich erteile der Praxis bzgl. des Datenschutzes meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung. Die personenbezogenen Daten werden zum Zwecke des Kontaktes, der Behandlung und zur Abrechnung erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem gespeichert. Bei den Daten handelt es sich um die des Behandlungsvertrages und dem Anamnesebogen (Kontakt Daten, Diagnosen, Bankverbindung, Laborergebnisse, usw.). Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung erfolgen. Eine ausführliche Information zum Datenschutz liegt in der Praxis aus.
- Ich willige dieser und allen folgenden Behandlungen ein.

Widerrufbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise schriftlich, per Mail oder mündlich widerrufen werden und ist an die Praxisadresse zu richten. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Im Falle eines Widerrufs, kann eine Fortsetzung der Behandlung grundsätzlich nicht mehr erfolgen und die bisher erhobenen Daten werden gelöscht.

Ostfildern, den _____ **Unterschrift Patient(in)** (ggf. Erziehungsberechtigter) _____