

MVZ am OHH	Formular	Änder-Stand 02 19.02.19	F-100.1
	Anamnesebogen	Seite 1/2	

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, die Beantwortung ist für Ihre weitere Behandlung wichtig.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Tel: _____ Faxnr. _____

Beruf: _____ Schwerbehinderung (GdB): _____ Pflegegrad: _____

bei Privatversicherung Angabe des Tarifes (einzelne Sätze) erbeten: _____

Anschrift: _____

Sind Sie mit anderen chronischen oder ansteckenden Erkrankungen (Hypertonie, Diabetes, Hepatitis o.ä.) in ärztlicher Behandlung? JA NEIN

Wenn ja, mit welchen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder Wirkstoffe (z. B. Kontrastmittel, Antibiotika o.ä.)? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Sind Sie Raucher? JA NEIN

Wenn ja, wie viel Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

Größe: _____ Gewicht: _____

Behandelnde Ärzte/Fachrichtung:

Bitte geben Sie auch immer Ihren Hausarzt an, da wir ihn über den Behandlungsverlauf informieren.

Hausarzt _____

Fachärzte: _____

Ich bin mit der Übermittlung von Briefen an meinen Hausarzt sowie alle mitbehandelnden Ärzte einverstanden. JA NEIN

Welche Personen (Angehörige, Bekannte) dürfen von uns Auskunft über Sie einholen? Sie entbinden uns diesen Personen gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass Befunde, die in unmittelbarem Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen, von uns in Arztpraxen, Krankenhäusern, MVZ angefordert werden dürfen.

JA NEIN

Falls erforderlich, bin ich mit der Übermittlung meiner Krankheitsgeschichte an eine interdisziplinäre Tumorkonferenz einverstanden

MVZ am OHH	Formular	Änder-Stand 02 19.02.19	F-100.1
	Anamnesebogen	Seite 2/2	

JA

NEIN

Datenweitergabe im Rahmen von Laboruntersuchungen.

Im Rahmen Ihrer Behandlung kann es erforderlich sein, Untersuchungsmaterial in ein externes Labor zu senden. Zur korrekten Bearbeitung, Auswertung und Abrechnung müssen die erforderlichen personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Krankenkassendaten, Diagnosen, Laborwerte u.ä.) an dieses Labor weitergegeben werden. Es handelt sich um das **Labor 28, Mecklenburgische Straße 28, 14197 Berlin**.

Ihre Daten unterliegen dabei auch weiterhin der ärztlichen Schweigepflicht, und das Labor ist verpflichtet, diese zu gewährleisten.

Im Rahmen der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDGS) und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ist es unumgänglich, dass Sie uns Ihr Einverständnis zur Datenweitergabe schriftlich bestätigen. Andernfalls sind wir dazu nicht ermächtigt.

Ich bin mit der Übermittlung meiner o.g. Daten an das Labor 28 einverstanden

JA

NEIN

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____