

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
als neue Patientin/neuer Patient heißen wir Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!  
Um Sie besser kennen zu lernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie,  
diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen,  
wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.  
Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden  
weitergegeben.

### Patienten- Anamnesebogen

<b>Persönliche Daten</b>	
Name: _____	Vorname: _____
geb. _____,	
Telefon: _____ / _____	Mobil: _____ / _____
Fax: _____ / _____	
eMail: _____ @ _____	
Beruf/letzte berufl. Tätigkeit: _____ / _____	
Telefon Arbeit: _____ / _____	
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
In Notfällen zu informieren (Name/Telefonnummer) :	
_____	
_____	
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	

### Allgemeine Angaben zur Person

Körpergröße: \_\_\_\_\_ /cm

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ /kg

Rauchen Sie?                       ja /  nein

Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_ /Stück

Konsumieren Sie Alkohol?  ja /  nein

Wenn ja, wie viel Gläser/Woche? \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie Drogen?                       ja /  nein

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?                       ja /  nein

Wenn ja,  täglich?    ab und zu

Leiden Sie unter Schlafstörungen?

ja /  nein   Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? \_\_\_\_\_

Operationen/Bestrahlung?

ja /  nein   Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

**Allergien/Medikamentenunverträglichkeit?** o ja / o nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen / Infektionen?**

- Bluthochdruck                       Thromboseo Schlaganfall                       Herzinfarkt
- Lebererkrankung                       Schilddrüsenerkrankung                       Diabetes mellitus
- Asthma/ COPD                       Krebserkrankung                       Hepatitis                       HIV
- Gemütskrankheiten                       Nierenerkrankung                       Fettstoffwechselstörung
- Sonstiges \_\_\_\_\_                       Unfall

**Sind eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?**

- Bluthochdruck                       Thromboseo Herzinfarkt o Schlaganfall
- Krebserkrankungen                       Diabetes mellitus                       Asthma/COPD
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?** o ja / o nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar...):

Medikament	morgens	mittags	abends

**Gehen Sie regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen (z.Bsp. Check up, Hautkrebsvorsorge, Krebsfrüherkennungsuntersuchung...)**

ja             nein    Wenn ja, welche und wann das letzte Mal?

---

**Besitzen Sie einen Impfausweis?**  ja /  nein

(Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.)

**Wünschen Sie, dass Ihre aktuellen Befundberichte inklusive Medikamentenplan auf Ihre elektronische Patientenakte (ePA) geladen werden?**

ja  nein

**Haben Sie einen Pflegegrad (früher Pflegestufe, vom MDK geprüft)?**  ja /  nein, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Ausweis mit einem " GdB" = Grad der Behinderung in Prozentangabe oder mit Merkzeichen = MZ (vom Amt für Soziales, Jugend und Versorgung geprüft)?**

ja /  nein, wenn ja, **GdB** \_\_\_\_\_

**MZ**  G  aG  H  Bl  RF  GI  TBI

**Bisheriger Arzt/Mitbehandelnde Fachärzte** \_\_\_\_\_

---

### Datenschutzhinweise und Einwilligung zur Datenverarbeitung

Im Rahmen Ihrer Behandlung in unserer Praxis ist es erforderlich, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, zu erheben, zu speichern und zu verarbeiten. Dies geschieht auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (Art. 6 Abs. 1 lit. b und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit § 22 BDSG).

#### **Zweck der Datenverarbeitung:**

- Durchführung der medizinischen Behandlung
- Dokumentation und Abrechnung gegenüber Krankenkassen oder sonstigen Kostenträgern
- Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten

#### **Weitergabe von Daten:**

Ihre Daten werden nur weitergegeben, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben – z. B. an mitbehandelnde Ärzte, Labore, Krankenhäuser, Krankenkassen oder Abrechnungsstellen.

**Ihre Rechte:**

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit Ihrer personenbezogenen Daten. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

**Kontakt Datenschutzbeauftragter:**

[Norbert Pitzen, Tel. 06592-95880]

**Einwilligungserklärung:**

Ich habe die obenstehenden Informationen zum Datenschutz gelesen und verstanden. Ich willige ein, dass meine personenbezogenen und medizinischen Daten in dem beschriebenen Umfang erhoben, gespeichert, verarbeitet und – soweit erforderlich – übermittelt werden dürfen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in (ggf. Erziehungsberechtigte/r): \_\_\_\_\_

**Datum**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift