



Anamnesebogen und Schweigepflichtserklärung

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Telefon-/Handynummer

E-Mail-Adresse

(Die E-Mail-Adresse wird nicht für Dritte verwendet, sondern nur z.B. für die Terminvergabe, sollten wir Sie telefonisch nicht erreichen)

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Name:

Adresse:

Darf ein Befundbericht an den Hausarzt/ Überweiser übermittelt werden?

Ja ☐ Nein ☐

Dürfen die in unserer Praxis erzeugten Befunde in Ihre elektronische Patientenakte (ePA)
hochgeladen werden? (Psychiatrische Befunde gelten als hochsensible Daten)

Ja ☐ Nein ☐

Wer darf in Ausnahmefällen ein Rezept abholen / Auskunft über Sie erhalten? (ausgenommen Betäubungsmittelrezepte!)

Vor- und Nachname:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
Alternativ können Sie uns gerne Ihren Medikamentenplan zum Einscannen vorlegen.

Besteht bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung? Wenn vorhanden, Betreuerausweis vorlegen.		(Wenn ja bitte ausfüllen)
Name Betreuer/-in:	Adresse:	
Telefonnummer:	Handynummer:	

Welche Erkrankungen sind bekannt:	Bitte entsprechendes ankreuzen	
	Ja	Nein
Herzschriltmacher		
Herzerkrankungen		
Hoher Blutdruck		
Schilddrüsenerkrankung		
Diabetes mellitus <u>Typ 1/Typ 2</u>		
Nierenerkrankung		
Lebererkrankung		
Hatten Sie einen Schlaganfall? Wenn ja wann: _____		
Autoimmunerkrankungen		
Allergien Wenn ja welche: _____		
Andere schwere Erkrankungen Wenn ja welche: _____		
Augenerkrankung Wenn ja welche: _____		

Um eine reibungslose ärztliche Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Ärztinnen genutzt werden.

Nürnberg, den _____

(Unterschrift Patient/-in)

Schweigepflicht/Datenschutz:

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin ggf. auch Ihrem überweisendem Arzt/ Ärztin, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt/-in/überweisenden Arzt/-in zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.