

AUFNAHMEBOGEN

Seite 1/4

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte füllen Sie beim ersten Termin den Aufnahmebogen aus, damit wir Sie besser kennenlernen können. Vielen Dank!

Name/Vorname:Geburtsdatum:

Adresse:

Straße:Hausnummer:

PLZ,Ort:

Telefon Festnetz:Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Bisherige Hausarzt/Hausärztin
(Anschrift, Telefon):

Gynäkologe/-in, Chirurg/-in
(Anschrift, Telefon):

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Homepage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Doctolib |
| | <input type="checkbox"/> | Google | | <input type="checkbox"/> | Instagram |
| | <input type="checkbox"/> | Sonstige Portale/Seiten | | <input type="checkbox"/> | Sonstiges |

Empfehlung durch:

ANAMNESEBOGEN

Aktuelle Beschwerden

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?

.....

.....

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?
(Marcumar, ASS, Falithrom, Plavix, Clopidogrel etc.) Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wieviel am Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein
Wenn ja, wann und weswegen zuletzt?

.....

.....

Allergien oder Unverträglichkeiten: Ja Nein
Wenn ja, welche?

.....

.....

ANAMNESEBOGEN

Vorerkrankungen (Bitte ankreuzen und gegebenenfalls ergänzen):

Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems: Ja Nein

Gerinnungsstörung: Ja Nein

Bluthochdruck: Ja Nein

Gemütsleiden/Depression: Ja Nein

Diabetes mellitus/Stoffwechselstörungen: Ja Nein

Tumorerkrankungen: Ja Nein

Brustkrebs in der Familie: Ja Nein

Letzte senologische (Brustkrebs) Vorsorgeuntersuchung: Ja Nein

Nierenerkrankungen: Ja Nein

Nerven oder Muskelerkrankungen: Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung: Ja Nein

Asthma/Chronische Bronchitis: Ja Nein

Anfallsleiden: Ja Nein

Chronische Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV etc.): Ja Nein

Sonstige Erkrankungen:

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in

EINWILLIGUNGEN

Seite 4/4

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Einwilligungserklärung **Kontakt durch die Praxis**

- Ich erkläre mich einverstanden, dass ich per Telefon, Handy oder E-Mail von der Praxis kontaktiert werden darf, um über Terminänderungen und Terminerinnerungen informiert zu werden.
- Ich möchte über Sonderaktionen informiert werden.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen meiner Beratung und Behandlung Bilder zur Unterstützung und Dokumentation der Resultate festgehalten werden dürfen.

Ich bin darüber informiert, dass meine Bilder ausschließlich für diesen Zweck verwendet werden.

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

Einwilligungserklärung **Beispielbilder**

Meine Bilder dürfen für Beispielfotos anonymisiert verwendet werden. Diese Fotos werden ausschließlich in unserem internen Praxisprogramm gespeichert. Solche Beispielbilder können Patienten helfen, sich besser über eine/n bevorstehende/n Eingriff/Behandlung und deren Ergebnis zu informieren. Sämtliche Rückschlüsse auf die persönliche Identität werden aus den Bildern entfernt.

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

- Ich willige ein, dass meine Bilder genutzt werden.
Ich lehne eine Nutzung meiner Bilder ab.

Einwilligungserklärung **Datenschutz**

- Ich erkläre mich einverstanden, dass die Praxis die hier erhobenen personenbezogenen Daten – wie Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, medizinische Daten, behandelnde Ärzte, ggfs. Fotodokumentation etc. – speichert und diese unter Beachtung der Datenschutzrichtlinie zu medizinischen Behandlungszwecken genutzt werden.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Praxis im Einklang mit den Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und des Telemediengesetzes (TMG) steht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/-in