

Anamnesebogen

Name, Vorname

Geburtsdatum Krankenkasse.....

Strasse, Hausnr. PLZ, Ort.....

Handynummer, Festnetznummer

Email Hausarzt

Nehmen Sie Medikamente ein: Nein Ja

Wenn ja, welche:

Sind Allergien bekannt?

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

Bluthochdruck: Nein Ja Herzerkrankungen: Nein Ja Diabetes: Nein Ja

Asthma/COPD: Nein Ja Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC): Nein Ja

Sonstige:

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Nein Ja Stillen Sie zur Zeit? Nein Ja

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Bekannte Sonstiges

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Unterlagen (Patientenakte) im Falle der Urlaubs- oder Krankenvertretung oder im Falle der Praxisaufgabe dem jeweiligen Arzt zur Einsicht und zum weiteren Gebrauch überlassen werde.

Nürnberg, den Unterschrift

Datenschutz und Einverständniserklärung

Damit wir bei Ihnen die notwendigen medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir einige persönliche und gesundheitsbezogene Informationen. Diese Daten werden von uns elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt. Wir möchten Sie darüber unterrichten, dass dies nach § 4 Abs. 1 und 28 Abs. 7 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) grundsätzlich auch ohne Einwilligung der betroffenen Personen zulässig ist. Dennoch möchten wir Sie über die maßgeblichen Hintergründe informieren. Selbstverständlich unterliegen Ihre Daten der Geheimhaltungspflicht und werden daher vertraulich behandelt. Die ärztliche Schweigepflicht gilt selbstverständlich nicht nur für die behandelnden Ärzte, sondern auch für das gesamte Praxispersonal. Unabhängig davon bedarf es jedoch im Hinblick auf die Korrespondenz (z. B. Arztbrief) mit Ihrem Hausarzt oder - soweit erforderlich - anderen Ärzten, bei denen Sie ebenfalls in Behandlung sind, einer gesonderten und ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Ihrerseits. Diese Information untereinander ist bei der Behandlung durch mehrere Ärzte wichtig und sinnvoll und dient auch der Vermeidung überflüssiger Doppeluntersuchungen. Auch hier gilt bei Übermittlungen Ihrer Daten selbstverständlich die ärztliche Schweigepflicht. Wir bitten Sie, auch im eigenen Interesse, die nachstehende Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen. Vielen Dank.

Hiermit erkläre ich, geboren
(Vor- & Nachname in Druckbuchstaben) (Geburtstag)

mich damit einverstanden, dass die HNO-Praxis Dr. (Ro) Chadi Kailani, Äußere Sulzbacher Str. 5, 90489 Nürnberg, Tel. 0911-550906, Fax 0911-536772, die mich betreffenden Gesundheitsdaten (insbesondere Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Befunde) und personenbezogene Daten an die im Rahmen meiner Behandlung beteiligten Dritten (insbesondere den Hausarzt, behandelnde Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen) zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation und der ärztlichen Leistungserbringung übermittelt. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Kailani, die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde (Anamnese, Laborwerte, Ergebnisse messtechnischer und bildgebender Diagnostik) an den überweisenden Arzt zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung nach § 73 Absatz 1b Satz 2 1. Halbsatz des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) übermittelt. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die HNO-Praxis Dr. Kailani, die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen gemäß § 73 Absatz 1b Satz 2. Halbsatz SGB V erhebt und für die Zwecke der Behandlung speichert, verarbeitet und nutzt. Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Nürnberg, den _____

Unterschrift: _____