

Anamnesebogen

Wir bitten Sie diesen Bogen vollständig auszufüllen.

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
Telefonnummer / Handynummer/E-Mail	
Hausarzt / Ort	
Aktueller Vorstellungsgrund	
Arbeits- / Wegeunfall (→ Bezogen auf den aktuellen Vorstellungsgrund)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Allgemeine Vorerkrankungen (Diab. mellitus, Rheuma...)	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme	
Allergien	
Größe und Gewicht	_____ cm ; _____ kg
Operationen (z.B. Frakturen, Hüft-, Knie TEP...)	
Herzschrittmacher, Orthopädische Implantate	
Aktuelle Tätigkeit/ Beruf:	

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Ihr Praxisteam

Seite 1 von 3

Schweigepflichtentbindung gegenüber Angehöriger

Liebe Patientin,
lieber Patient,

aus Gründen des Datenschutzes, dürfen wir nicht ohne Ihre Einwilligung Auskunft oder Befundmitteilungen an Ihre Angehörige weitergeben. Sollte dies aber von Ihnen **gewünscht** werden, haben Sie die Möglichkeit Ihren behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber des / der genannten Angehörigen zu entbinden.

Keine Weitergabe an Angehörige gewünscht

Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis Informationen an folgende Angehörige weitergibt, sofern deren Identität geklärt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

Name des Angehörigen	Telefonnummer	Geb.datum oder Adresse

Patientenname _____

Patientenvorname _____

Geburtsdatum _____

Datum, Ort

Unterschrift Patient

Seite 2 von 3

**Einwilligungserklärung nach DS-GVO und zur Entbindung von der Schweigepflicht
der AGAPLESION MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM EV. KRANKENHAUS
MITTELHESSEN gGmbH**

Interne Datenverarbeitung

Es ist erforderlich, dass medizinisch, nichtärztliche Mitarbeiter auf Ihre Patientendaten, bspw. für die Aufnahme und Dokumentation, zugreifen können. Innerhalb eines MVZ kann zudem aufgrund von ärztlichen Abwesenheiten bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung oder sonstigen organisatorischen Gründen nicht immer gewährleistet werden, dass Sie derselbe Arzt behandeln wird. Außerdem kann es aufgrund Ihres Krankheitsbildes vorkommen, dass Sie auch Ärzte einer anderen Fachrichtung innerhalb unseres MVZ aufsuchen werden. Ich habe die ausliegenden Hinweiser Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

Ja Nein Hinweis

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (C) | Einverständnis zur Datenübermittlung vom Haus- bzw. vor-/weiter-/nachbehandelnden Ärzten an das MVZ. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (C) | Einverständnis zur Datenübermittlung vom MVZ an den Haus- bzw. . vor-/weiter-/nachbehandelnden Ärzten. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (D) | Ich wurde bereits in einem Krankenhaus bzw. anderen MVZ des AGAPLESION-Verbundes behandelt und erteile hiermit mein Einverständnis, das auf meine bestehenden Patientendaten zugegriffen werden darf. |

Die Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (F).

Patientendaten:

Name:

Vorname:

Geb.datum:

Datum

Unterschrift Patient

(bei minderjährigen Pat. des oder der Sorgeberechtigten)

Ich benötige keine Kopie dieser Einwilligungserklärung