



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in der Orthopädisch-Unfallchirurgischen Praxis am Bethesda Krankenhaus.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Beruf: _____ Größe in cm: _____

Gewicht in kg: _____

Hausarzt (Name | Ort): _____

*Freiwillige Angabe - sollte die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll sein, kommen wir für eine entsprechende Einwilligung auf Sie zu.

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Seit wann haben Sie die aktuellen Beschwerden? _____ Tagen Wochen Monaten Jahren

Ist die Behandlung heute Folge eines Unfalls?

Wenn ja, Unfalltag _____ Uhrzeit _____

Wenn Sie einen Unfall hatten: handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Ja Nein Unbekannt

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, welche Sportart? _____

Hatten Sie orthopädische Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl)? _____

Haben Sie Allergien gegen Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie gegenwärtig Blutverdünnende Medikamente wie Z.B. ASS, Marcumar,

Plavix, Clopidogrel, Heparin, oder andere ein?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt

Lebererkrankung Nierenerkrankung Diabetes Asthma COPD Krebserkrankung

Osteoporose Arthrose Bandscheibenvorfall Rheuma Sonstiges, z.B. Unfall

BITTE SEITE 2 BEACHTEN!



Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Traten in Ihrer unmittelbaren Verwandtschaft Erkrankungen gehäuft auf? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

EINWILLIGUNG IN DIE DATENNUTZUNG ZU WEITEREN ZWECKEN

Um eine reibungslose Weiter- oder Neubehandlung zu gewährleisten, bin ich einverstanden, dass ärztlich erforderliche Informationen aus meiner elektronischen Karteikarte im Computer im Vertretungsfall den betreffenden Ärzten hier in der Praxis zugänglich gemacht werden dürfen.

Elektronisch erhobene Daten werden nach 10 Jahren Aufbewahrungspflicht gelöscht.

Ich stimme zu, dass meine Daten (auch über 10 Jahre hinaus) gespeichert werden, bis der Wunsch besteht, diese zu löschen.

Meine Daten und Befunde dürfen auf **Anfrage und vorherige Absprache mit mir** an ärztliche Kollegen wie weiterbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Laborärzte, pathologische Institute, oder weitere Behandlungserbringer wie

Hörgeräteakustiker/Logopäden/Versorgungsämter/Berufsgenossenschaften/Apotheken/Sozialgericht/Medizinischer Transportdienst/Abholfahrtdienst (Blutproben)/Versicherungen (z.B.

Reiserücktrittsversicherungen)/Rehabilitationseinrichtungen weitergegeben werden.

*** bitte Unzutreffendes streichen!**

VOLLMACHT

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte, Überweisungen und-/oder Verordnungen von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Vor.- und Nachname, Geburtsdatum

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum/Unterschrift

Rechte des Patienten

Auskunft, Berechtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht:

Sie sind gemäß §15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der BAG Koepp/Crnkovic/Krämer (Vertragspartner) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der BAG Koepp/Crnkovic/Krämer die Berechtigung oder Löschung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Praxis übermitteln.