



Anamnesebogen

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Beruf _____ E-Mail _____ Telefon/Handy _____

Vorerkrankungen

Zuckerkrankheit	☐ ja	☐ nein	Gallensteine	☐ ja	☐ nein
Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein	Magengeschwür	☐ ja	☐ nein
Kopfschmerzen	☐ ja	☐ nein	Asthma	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ ja	☐ nein	Schlafstörungen	☐ ja	☐ nein
Herzinfarkt	☐ ja	☐ nein	Verstopfung	☐ ja	☐ nein
Raucher	☐ ja	☐ nein	häufige/regelmäßige Rückenbeschwerden	☐ ja	☐ nein
Allergien	☐ ja	☐ nein	wenn ja, welche? _____		
Künstliche Gelenke	☐ ja	☐ nein	wenn ja, welche? _____		
Bekannte Erkrankungen	☐ ja	☐ nein	wenn ja, welche? _____		

Operationen ☐ ja ☐ nein wenn ja, welche? _____

Medikamente (regelmäßig) ☐ ja ☐ nein wenn ja, welche? _____

Erkrankungen in der Familie

Herzerkrankungen	☐ ja	☐ nein	Diabetes mellitus	☐ ja	☐ nein
Krebserkrankung	☐ ja	☐ nein	Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Weitere, welche? _____					

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten



Name des Patienten _____

Einverständnis Datenverarbeitung und Datenanforderung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und der Praxis Dr. med. Bartels-Reich, und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogene Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. Arztbriefe). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass nach der Datenschutzverordnung (DSGVO + Bundesdatenschutzgesetz § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b), Befunde beim Hausarzt / Fachärzten / Krankenhäusern und Krankenkassen anzufordern oder angefordert werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich des weiteren einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitenden der Praxis Dr. Bartels-Reich offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist, wie z.B. für Terminvergabe, Rezepte, Röntgenbesprechungen etc. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeitenden zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung entsprechend der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO und § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit.b des Bundesdatenschutzgesetz) und entsprechend gesetzlicher Vorgaben an Dritte (z.B. Kostenträger, Haus- und Fachärzte) übermittelt werden.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität z.B. am Telefon festgestellt wurde:

Name Angehöriger: _____

Name Angehöriger: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Dr. med. Cordula Bartels-Reich

Ärztin für Allgemeinmedizin & Orthopädie
Chirotherapie – Sportmedizin – Akupunktur
Applied Kinesiologie



www.hausarzt-ankum.de
dr.bartels-reich@hausarzt-ankum.de
Tel: +49 (0) 5462 3229950
Bersenbrücker Str. 5
D - 49577 Ankum

Name des Patienten _____

Einverständnis Erinnerung zu Untersuchungen und Behandlungen

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass die Ärzte und Mitarbeitenden der Praxis Dr. Bartels-Reich mich an Untersuchungen und Behandlungen erinnern, wie z.B.: Dreijährlicher Check-Up, Impfungen, fachärztliche Untersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen, Langzeit- Blutdruckmessungen, Laborkontrollen, Akupunktur, etc.

Mit dieser Erinnerung ist keine Verpflichtung verbunden, die mich an die Praxis bindet. Ich kann jederzeit diese Einverständniserklärung widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten