

## Fragebogen / Einverständniserklärung

Allgemeine Angaben (Bitte deutlich in Druckbuchstaben)

Datum: \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Wohnort \_\_\_\_\_

eMail-Adresse \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_ ggf. Handy \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Überweisung durch \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

An wen soll ein Arztbrief geschrieben werden?  Patient  Hausarzt  Überweiser  Anderen Arzt

Name; Anschrift: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet

Empfehlung anderer Ärzte

Private Empfehlung

Einverständniserklärung	Nein	Ja	Datum, Unterschrift
Ich erkläre mich bis auf Widerruf einverstanden, dass bei Bedarf meine Befunde an andere mitbetreuende Ärzte weitergeleitet bzw. angefordert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich erkläre mich bis auf Widerruf einverstanden, dass Kontaktaufnahme und Zusendung von Befunden / Patienteninformationen <b>per Email</b> an oben genannte Email-Adresse versendet erfolgen. Der Email-Versand wird mit dem Transportverschlüsselungsprotokoll STARTTLS durchgeführt. Eine Ende zu Ende Verschlüsselung, oder durch eine verschlüsselte ZIP-Datei ist noch nicht möglich! Wenn Sie <b>JA</b> ankreuzen, dann erklären Sie sich explizit einverstanden, dass eine Ende-zu-Ende Verschlüsselung nicht möglich ist und Befunde etc. evtl. von nicht Berechtigten gelesen werden könnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ich möchte meine Befunde mit Lifetime (Programm für digitalen, datenschutzkonformen, verschlüsselten Versand von Dokumenten) auf mein Smartphone erhalten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ich möchte meine Befunde per Post erhalten. Entsprechendes Portogeld ist hinterlegt.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nur bei Patienten mit DIABETES MELLITUS:</b> Ich erkläre mich bis auf Widerruf einverstanden, dass der Hilfsmittelbedarf an eine Versandapotheke gesendet wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte wenden 

Dokument	Erstellt/Freigabe	Geprüft	Seite 1 von 2
Fragebogen Anamnese Einverständnis GKV.doc	Diana Karnath, Monika Bernhardt 7/20		

## Anamnese

Grund der Vorstellung \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen/Operationen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie an Gewicht zugenommen?

Nein

Ja \_\_\_\_ kg

In welchem Zeitraum: \_\_\_\_\_

Haben Sie ungewollt Gewicht verloren?

Nein

Ja \_\_\_\_\_ kg

Nehmen Sie Biotin ein?

Nein

Ja

Ist in der Familie Bluthochdruck bekannt?

Nein

Ja; wer? \_\_\_\_\_

Ist in der Familie ein Diabetes bekannt?

Nein

Ja; wer? \_\_\_\_\_

Ist in der Familie Brustkrebs bekannt?

Nein

Ja; wer? \_\_\_\_\_

Ist in der Familie eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?

Nein

Ja; wer? \_\_\_\_\_

Bei Frauen: Ist Ihre Periode regelmäßig?

Nein

Ja

Welcher Zyklustag ist heute? (gezählt ab dem 1. Tag der letzten Blutung) \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger? Falls ja, welche SSW \_\_\_\_\_

Sind sie nüchtern:  Nein

Ja

Rauchen Sie?

Nein

Ja \_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie? :

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift der/s Patienten/in

Dokument	Erstellt/Freigabe	Geprüft	Seite 2 von 2
Fragebogen Anamnese Einverständnis GKV.doc	Diana Karnath, Monika Bernhardt 7/20		