

**Anamnese**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte beantworten Sie uns folgende Fragen- so können wir besser auf ihre individuellen medizinischen Bedürfnisse eingehen.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Tel-Nr.:** Privat \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**E-Mail Adresse:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Gewicht**.....kg **Größe**..... cm

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?**

Ja  Nein  Zuletzt/ Wann ?.....

**Allergien ?** \_\_\_\_\_

/ gegen Medikamente, wenn Ja welche?.....

**Kardiovaskuläre Risikofaktoren:**

Leiden Sie an (zutreffendes bitte ankreuzen):

erhöhtem Blutdruck  Diabetes  erhöhtem Cholesterin

Rauchen Sie? Ja  Nein  Ex-Raucher  seit..... Jahren

Gibt es in ihrer Familie : Herzinfarkte  Schlaganfälle  Krebserkrankungen

wenn ja

Wer?..... in welchem Alter?..... Was? .....

.....

.....

.....

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

Name des Med. und Dosis	früh	mittags	abends

Ggf. bitte weiter auf der Rückseite! Allergien können auch auf der Rückseite ergänzt werden.

Unterschrift: \_\_\_\_\_



**Bitte wenden!!!**

**Bitte denken Sie an Ihre Vorbefunde!!!**

# Datenschutz/Schweigepflichtentbindung/Befundübermittlung

!!! Bitte ankreuzen !!!

Name: \_\_\_\_\_

1. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Befunde sowie weitere Auskünfte der Behandlung sofern eine elektronisch Datenübertragung (KIM) nicht erfolgen kann

per Fax (von uns bevorzugt) und / oder

per Post

an weiterbehandelnde **Ärzte** weitergegeben werden dürfen.

2. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch **Befunde** oder **Rezepte**

per Mail und/oder

per Post

übermittelt werden dürfen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass es sich dabei um z.T. um unsichere Datenübertragung handelt, die durch Dritte gelesen werden kann.

3. mit einer ab dem 15.1.2025 verpflichtenden Befüllung der **elektronischen Patientenakte** bin ich

einverstanden

nicht einverstanden

## Untersuchungserinnerung/ Recall per Post

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir Untersuchungserinnerungen per Post übermittelt werden dürfen.

Ja  Nein

## Schweigepflichtentbindung gegenüber Familienmitgliedern sowie Rezept Abholungen

Gegenüber den unten genannten Personen wird die Praxis von der Schweigepflicht entbunden:

<u>Name/Vorname:</u>	<u>Geburtsdatum:</u> _____	<u>Verwandtschaftsgrad:</u>

Hiermit bestätige ich , dass ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit auch in einzelnen Punkten widerrufen werden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_