



Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem ersten Arztkontakt aus

Allgemeine
Angaben

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ e-Mail _____

Festnetz _____ Mobil _____

Hausarzt:in _____

Allgemeine
Lebensumstände

Anzahl Personen im Haushalt _____

Sind sie aktuell berufstätig? ja nein

Aktuelle/letzte berufliche Tätigkeit: _____

Hobbys: _____

Diabetes und
Folgeerkrankungen

Diabetes Typ: Typ1 Typ2 Sonstiges: _____

Seit **wann** haben Sie Diabetes? _____

Konkreter Anlass Ihres Besuchs _____

Aktuelle Beschwerden _____

Bekannte Folgeerkrankungen des Diabetes: keine

Gefäße Herz Niere Füße Augen

Sonstige Erkrankungen
und Informationen

Sonstige **Erkrankungen / Operationen:** _____

Allergien: _____

Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) ?

Diabetes Herzinfarkt Koronare Herzerkrankung (KHK)

Schlaganfall keine davon

Sonstige **wichtige Information:** _____

bitte wenden

Medikamentenplan

Liegt vor: ja nein

Falls Sie keinen aktuellen Medikamentenplan mitbringen, füllen Sie bitte die Tabelle aus.

| Name der Medikamentes | Dosis | morgens | mittags | abends | zur Nacht |
|-----------------------|-------|---------|---------|--------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Datum

Unterschrift



Informationen zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig, daher möchten wir Ihnen folgende Informationen geben:

Im Rahmen Ihrer Behandlung sind wir gesetzlich verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten (insbesondere Name, Geburtsdatum, Kontaktadresse sowie bisherige und zukünftige medizinische Daten) aufzuzeichnen. Die elektronische Datenverarbeitung ist für Ihre Behandlung unerlässlich und erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz.

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Mitarbeiter:innen der Praxis Einblick in Ihre Daten haben, sofern dies im Rahmen Ihrer Behandlung erforderlich ist. Wir versichern Ihnen, dass alle Mitarbeiter:innen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet haben.

Außerdem informieren wir Sie darüber, dass Ihre persönlichen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften an Leistungsträger der Sozialversicherung (bspw. Krankenkassen etc.) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen weitergegeben werden müssen.

Unser Aushang „Information zum Datenschutz für Patient:innen“ gibt Ihnen weitere Informationen rund um das Thema Datenschutz.

Ihr Praxisteam

Bitte unterschreiben Sie umseitig Ihre Kenntnisnahme und Einwilligung

Bitte wenden!

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Kenntnisnahme Datenschutz und Einwilligung

- Die umseitige Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung an meinen Hausarzt (§ 73 Abs. 1 b SGB V) und im Zuge der Mit- und Weiterbehandlung an weitere Fachärzte, inklusive Laborärzte übermittelt werden.
- Ich möchte ggf. von der Möglichkeit der Video-Sprechstunde Gebrauch machen. Ich willige daher ein, dass die dafür relevanten Daten (Arztname, mein Vor- und Nachname, meine E-Mailadresse und Handynummer) im Falle der Vereinbarung eines Videotermins an den Anbieter des für Videosprechstunden zertifizierten Portals „viomedi“ übermittelt werden. Anbieter des Portals ist:
Facharzt-Sofort-GmbH
Straubinger Str. 19
94363 Oberschneiding
Die vollständige Anbieterkennzeichnung (Web-Impressum) der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomedi.de/impresum>, die Datenschutzerklärung finden Sie unter: <https://viomedi.de/datenschutz>.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Einwilligungen jederzeit widerrufen können!

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Weitergabe von Informationen und Rezepten an Bezugspersonen

Ich erteile meine Einwilligung, dass Informationen und Rezepte im Rahmen meiner Behandlung an die folgenden Personen weitergegeben werden:

| Name | Vorname | Geburtsdatum | ggf. Einschränkungen (z.B. "nur Rezepte") |
|------|---------|--------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen können!

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in