

MELZ

DR SASKIA MELZ

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Praxis DR SASKIA MELZ, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT

Name / Vorname

Titel

Straße / Hausnummer

Geburtsdatum / Geburtsort

Postleitzahl / Ort

Telefon (privat)

E-Mail *Freiwillige Angabe - wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe - wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Gesetzlich versichert:

Privat versichert:

Es besteht eine Berechtigung auf Beihilfe

Freiwillig Pflicht

Basistarif Standardtarif

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass? | |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe | <input type="checkbox"/> Herzfehler / künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen / Tinnitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Leber |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma) |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunsuppression | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen | Wenn ja, welche? _____ | | |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haben Sie eine Lebensmittelunverträglichkeit? | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Schlafstörungen? | Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie Haustiere? | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie operative Eingriffe oder Bestrahlungen? | Wenn ja, welche und wann? _____ |

BITTE WENDEN

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

Hepatitis A B C

HIV / AIDS

Tuberkulose

Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)

Creutzfeldt-Jakob (CJK) / Varianten CJK

Haben Sie einen Medikamentenplan?

Wenn ja, stellen Sie uns diesen bitte zur Verfügung.

Wenn nein, kreuzen Sie bitte an, welche Medikamente Sie einnehmen.

Blutdruckmedikamente

Herzmedikamente

Bisphosphonate

Cortison (Kortikoide)

Schmerzmittel

Antidepressiva

Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)

Sonstige Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? Wenn ja, gegen welche?

SONSTIGE ANGABEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? *Freiwillige Angabe - hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort / Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN / *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort / Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Praxis DR SASKIA MELZ