

HAUSARZTPRAXIS NASA ALLAHVERDIYEVA
FACHÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN UND GERIATRIE
ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen in unserer Praxis ☺. Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen aus, denn die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung wichtig. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.

Vorname **Name** **Geburtsdatum**/...../.....

Anschrift
(Straße, Hausnummer) (PLZ, Wohnort)

Handy **Festnetz** **E-Mail**

Größe **Gewicht** **Beruf**

Rauchen Sie? ja / nein Wenn ja, wie viel am Tag?

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche? :

.....

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Nehmen Sie Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche (z.B. ASS, Pille):

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung.

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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).

Datum

Unterschrift



HAUSARZTPRAXIS NASA ALLAHVERDIYEVA
FACHÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN UND GERIATRIE

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich,

Vorname, Name des Vollmachtgebers

Adresse des Vollmachtgebers

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtigt hiermit

Vorname, Name des Bevollmächtigten

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde

sowie der Entgegennahme von

- Heil- und Hilfsmitteln.

Des Weiteren entbinde ich durch nachfolgende Vollmacht meine behandelnden Ärzte sowie das Personal von ihrer Schweigepflicht:

- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten. Dem/der Bevollmächtigten soll umfassende Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

PLZ, Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.