

Dr. med.
STEFANIE LOTT

Dr. med.
THOMAS HIRN

Dr. med.
MATTHIAS WAGNER

Anamnesebogen (bitte ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und zur Praxis mitbringen)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus. Dieser dient dem Datenschutz an der Anmeldung!

Vielen Dank!

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Tel.-Nr. * privat _____ Mobil-Nr. * _____

Tel.-Nr. * geschäftlich _____ e-Mail * _____

Name der Krankenkasse _____

private Zusatzversicherung _____

Hausarzt mit Anschrift _____

(wenn möglich bitte mit genauer Adresse)

Berufliche Tätigkeit* _____

*= freiwillige Angaben. Bitte denken Sie daran, dass ohne Telefonnummer wir Sie bei ggf. Terminverschiebungen/Rückfragen nicht erreichen können!

• **Grund der Vorstellung?** _____

• Allergien / Unverträglichkeiten Ja Nein

Wenn ja welche? _____

• Chronische Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, Asthma, etc. Ja Nein

Wenn ja welche? _____

• Operationen Ja Nein

Wenn ja welche? _____

• Infektionskrankheiten Ja Nein

Wenn ja welche? _____

• Dauermedikation Ja Nein

Wenn ja bitte auflühren: _____

• Schwerbehinderung Ja Nein

Wenn ja: Grad _____ Merkzeichen _____ Pflegegrad _____

• Größe _____ cm Gewicht _____

NÄCHSTE SEITE 

Wünschen Sie Empfehlungen? (bitte kreuzen Sie an)

Sollten für meine optimale Versorgung zusätzlich zur ärztlichen Behandlung Versorgung durch weitere externe Anbieter gesundheitlicher Leistungen (z.B. Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger etc.) erforderlich sein oder werden, so wünsche ich ausdrücklich die Empfehlung hierfür geeigneter Leistungserbringer.

Ja Nein

Bei Familienversicherung Daten des Hauptversicherten bzw. bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten:

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____
Straße _____ Hausnummer _____
Postleitzahl _____ Wohnort _____
Tel.-Nr.* privat _____ Mobil-Nr.* _____

*= freiwillige Angaben. Bitte denken Sie daran, dass ohne Telefonnummer wir Sie bei ggf. Terminverschiebungen/Rückfragen nicht erreichen können!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Familie/Freunde Arztempfehlung Jameda Google Werbung/Anzeige
 Andere _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und willige ein, dass meine medizinischen Daten in Form von Berichten an meine behandelnden Ärzte weitergeleitet werden. Der Datenschutz wird hierbei bewahrt.

Hinweis nach der Datenschutzgrundverordnung gem. Art. 13:

- Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.
- Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Bis auf Widerruf gilt diese Zustimmung auch für weitere Behandlungen.

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich der Versicherung, Wohnortwechsel und Telefonnummer rechtzeitig mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam