

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen so weit wie möglich vollständig auszufüllen und zu Ihrem ersten Termin mitzubringen.

Ihr Praxisteam.

Anschrift

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Festnetznummer \_\_\_\_\_

Mobilfunknummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Persönliche Angaben

Beruf / Ausbildung \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden/getrennt lebend  verwitwet

Kinder \_\_\_\_\_

Raucher  nein,  ja seit \_\_\_\_\_ Jahren \_\_\_\_\_ Zigaretten / Tag

Alkohol  nein,  ja Menge und wie oft \_\_\_\_\_ / Tag

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Größe \_\_\_\_\_ cm

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Organspendeausweis vorhanden  ja  nein

Patientenverfügung vorhanden  ja  nein

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?  nein  ja

Wenn ja, Betreuer (Name) \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Pflegegrad  nein  ja Stufe \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  nein  ja \_\_\_\_\_

Teilnahme an DMP-Programm

Asthma  Chron. obstrukt. Lungenerkrankung (COPD)

Diabetes Typ I  Diabetes Typ II

Brustkrebs  Koronare Herzerkrankung / Herzinsuffizienz



Welche Erkrankungen haben / hatten Sie? Allergien?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt (Vater, Mutter, Geschwister)?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Wenn Sie einen ausgedruckten und aktuellen Medikamentenplan haben, bringen Sie diesen bitte mit.**

Welche Operationen wurden durchgeführt?

_____	Jahr _____
_____	Jahr _____
_____	Jahr _____
_____	Jahr _____

Impfungen

Wurden Sie gegen Corona (Covid-19) geimpft?

Erstimpfung  ja  nein      Impfstoff \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zweitimpfung  ja  nein      Impfstoff \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Auffrischung  ja  nein      Impfstoff \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Wurden Sie regelmäßig gegen Grippe geimpft?  ja  nein

Gab es schon einmal Impfkomplicationen?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Bitte vergessen Sie nicht Ihren Impfausweis mitzubringen!**

## Datenschutzerklärung

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem.

§ 73 Abs. 1 b SGB V

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- Ich erkläre die Anlage "Patienteninformationen zum Datenschutz" gelesen zu haben.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt. Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

## Patienteninformationen zum Datenschutz

### PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

#### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. med. Julia Vereshchagina, Grenzweg 14B, 61200 Wölfersheim, Telefon 06036 2400

#### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

#### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

#### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

#### 5. IHRE RECHTE

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.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Postfach 3163  
65021 Wiesbaden

#### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.