

Patienten - Anamnesebogen

QM 1.2.1(KZ1) ; 1.2.2(KZ1)

Name des Patienten:			
Geburtsdatum:			
Krankenversicherung:			
Adresse:			
Größe und Gewicht:			
Telefon & E-Mail:			
Beruf:			
Hausarzt (vollst. Name):			
Wie kamen Sie zu uns? (Internet, Empfehlung, etc.)			
Was ist der Grund des Besuches? Liegt ein Arbeitsunfall vor?			
Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen (Covid 19, HIV o.ä. Infektions-Krankheiten):	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente und Dosierung bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
Leiden Sie an Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
Welche allgemeine Operationen wurden bereits durchgeführt (mit Datumsangabe)			
1.		2.	
3.		4.	
<p>Ich bin damit einverstanden, dass meine medizinischen Daten im Computersystem einschl. Recall-System erfasst werden. Die Software wird von unseren Vertragspartnern gewartet. Hierzu ist erforderlich, dass Mitarbeiter der Firma ggf. die medizinischen Daten online einsehen und bearbeiten müssen. Die datenschutzrechtlichen Vorschriften werden eingehalten.</p>			

Name und Unterschrift:

Datum: