

## **Anamnesebogen für neue Patienten**

Liebe/r Patient/in,

wir möchten Ihnen eine optimale Behandlung zukommen lassen.  
Dafür ist es notwendig, dass wir Einiges über Ihre Vorerkrankungen und  
Gewohnheiten erfahren.  
Bitte helfen Sie uns, indem Sie diesen Bogen ausfüllen.

Vielen Dank!

Ihr Team vom MVZ Nortorf

**Vorname, Nachname:** \_\_\_\_\_ **Geb.datum:** \_\_\_\_\_

Wer war bisher Ihr behandelnder Hausarzt (Name, Adresse)?

\_\_\_\_\_

Wer sind Ihre behandelnden Fachärzte (Name, Adresse)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten, wenn ja welche?

Ja \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? (bitte ankreuzen)

Nein \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ -> tgl. Menge \_\_\_\_\_

Wie oft trinken Sie Alkohol? (bitte ankreuzen/ggf. wie oft pro Woche)

gar nicht\_\_\_ selten\_\_\_ gelegentlich\_\_\_ regelmäßig\_\_\_ \_\_\_\_\_/Woche

**Vorname, Nachname:** \_\_\_\_\_ **Geb.datum:** \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport, wenn ja was?

Ja \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter bedeutsamen Erkrankungen?

Erkrankung	genaue Bezeichnung	seit wann?
Herz / Kreislauf		
Lunge		
Leber		
Niere		
Magen-Darm-Trakt		
Schilddrüse		
Wirbelsäule		
Gliedmaßen / Gelenke		
Infektionskrankheiten		
Sonstige		

**Vorname, Nachname:** \_\_\_\_\_ **Geb.datum:** \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	Dosierung morgens-mittags-abends

Wurden Sie schon einmal operiert?

Art und Zeitpunkt der Operation

Hatten Sie Unfälle?

Art	Jahr

Krankenhausaufenthalte?

Grund	Jahr	wo

**Vorname, Nachname:** \_\_\_\_\_ **Geb.datum:** \_\_\_\_\_

Welche Kinderkrankheiten haben Sie gehabt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Masern	ja	nein
Windpocken	ja	nein
Keuchhusten	ja	nein
Mumps	ja	nein
Scharlach	ja	nein
Röteln	ja	nein

Welche ernsten Erkrankungen sind bei Ihren Eltern / Geschwistern aufgetreten?  
(z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Krebs, Epilepsie, Rheuma, Asthma, Allergien, Nervenerkrankungen...)

Erkrankung	Elternteil, Bruder, Schwester	Alter bei Auftreten

Sind nahe Verwandte von Ihnen an Krankheiten verstorben?

Verwandter	Krankheit	Alter

Sonstige Bemerkungen:

---

---

Nortorf, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. bei  
Minderjährigen des Sorgeberechtigten

# Aufnahmebogen für Patienten

Vornamen, Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass zwecks Archivierung von meinen für die Behandlung notwendigen Daten eine elektronische Patientenakte angelegt wird. Diese Daten werden i. d. R. nach 10 Jahren gelöscht bzw. vernichtet (Vernichtung durch Rhenus Data Office GmbH, Leinestr. 18-22, 24539 Neumünster)

Ferner wurde ich darauf hingewiesen, dass meine Daten – entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (§ 295 SGB V) – an Dritte (z.B. Kostenträger, Kassenärztliche Vereinigung) übermittelt werden. Je nach Versichertenstatus kann es sich hierbei um folgende Daten handeln: Name, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Versichertenstatus, Diagnosen. Mir ist bekannt, dass ich als Patient eine Vielzahl von Rechten habe, z.B. Recht auf Auskunft, Recht auf Einsicht in die med. Daten, Recht auf Widerspruch zur Datenübermittlung.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine für die Behandlung notwendigen Daten, soweit erforderlich, an folgendes Labor übermittelt werden:  
Laborgemeinschaft Plön, Krögen 5-6, 24306 Plön.

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Nortorf die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an einen weiterbehandelnden Arzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt (z.B. bei weiteren Facharzt-Überweisungen).

Ich bin ferner damit einverstanden, dass das MVZ Nortorf die bei weiteren Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten bzw. Befunde, soweit erforderlich, anfordern kann.

Ich bin damit einverstanden, dass ich vom MVZ Nortorf per Brief oder Email kontaktiert und so beispielsweise an Vorsorgeterminen erinnert werde.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligungen freiwillig erteile und jederzeit widerrufen kann.

Ich versichere die Richtigkeit der o.g. Daten.

Nortorf, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. bei Minderjährigen des  
Sorgeberechtigten