

MVZ Fachärzte Rhein-Main
Netzwerk der Emma Klinik GmbH

Seligenstadt - Hanau - Offenbach - Groß-Umstadt - Neu-Isenburg - Idstein
Belegärzte der Emma-Klinik

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

berufl. Tätigkeit: _____ Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____ Hausarzt: _____

Dürfen wir Sie per E-Mail kontaktieren? ja nein

Besteht eine private Zusatzversicherung? ja, welche _____ nein

wenn ja 1-Bett 2-Bett-Zimmer Wahlarzt Chefarztbehandlung

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten? _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? ja _____ nein

weitere regelmäßige Medikamente: _____

Haben Sie Erkrankungen an folgenden Organen oder andere Vorerkrankungen?

Herzerkrankung Gelenkerkrankungen

Lebererkrankungen Krebserkrankung

Nierenerkrankung Neurologische Erkrankung

Lungenerkrankung Psychische Erkrankungen

Hoher Blutdruck Diabetes

Gerinnungsstörung Durchblutungsstörung der Beine

offenes Bein (Ulcus cruris) Thrombose der tiefen Beinvenen

Wurden schon einmal Kompressionsstrümpfe verordnet? ja nein

Verbessern Kompressionsstrümpfe Ihre Beschwerden? ja nein

Tragen Sie eine Prothese (außer Zahnprothese)/Implantat/Schrittmacher/Defibrillator?

ja _____ nein

Operationen/Sonstige Erkrankungen/letzte Darmspiegelungen:

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? Hausarzt Freunde/Bekannte

Doctolib Jameda Google Social Media Sonstiges

bitte wenden, siehe 2. Seite ►

Dateikennung	Ersteller/Freigeber	Freigabe am
--------------	---------------------	-------------

K1-MU3 Anamnesebogen	K. Schilling/Dr. Appel	01.03.2024
----------------------	------------------------	------------

[Seite 1]

MVZ Fachärzte Rhein-Main

Netzwerk der Emma Klinik GmbH

Seligenstadt - Hanau - Offenbach - Groß-Umstadt - Neu-Isenburg - Idstein
Belegärzte der Emma-Klinik

Datenschutz

Um Sie untersuchen, beraten und behandeln zu können, zur Dokumentation und zur Abrechnung unserer Leistungen, müssen wir Ihre personenbezogenen Daten und die Daten zu Ihren Erkrankungen/Beschwerden elektronisch erheben, verarbeiten und weitergeben an Abrechnungsstellen, die Kassenärztliche Vereinigung, an Ihren Krankenversicherungsträger bzw. Hausarzt und an das mit uns kooperierende MVZ Anästhesie Rhein-Main GbR. Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie dem Aushang in unserem Wartezimmer.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Zuge der Operationsvorbereitung an das mit uns kooperierende MVZ Anästhesie Rhein-Main GbR übermittelt werden. ja nein

Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Weiterleitung eines Arztbriefes/meiner Behandlungsdaten an den weiterbehandelnden Arzt/Hausarzt. ja nein

Mir ist bewusst, dass ich die oben genannten Einwilligungen freiwillig leiste und diese jederzeit von mir mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

_____ Dateikennung	_____ Ersteller/Freigeber	_____ Freigabe am
K1-MU3 Anamnesebogen	K. Schilling/Dr. Appel	01.03.2024 [Seite 2]