

MVZ Fachärzte Rhein-Main
Netzwerk der Emma Klinik GmbH

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

ANAMNESEBOGEN

SCHREIBEN SIE BITTE LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN.

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, was: 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer Wahl-Arzt Chefarztbehandlung

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten? _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? JA, welche _____ NEIN

Nehmen Sie regelmäßig weitere Medikamente: _____

Haben Sie Erkrankungen an folgenden Organen oder andere Vorerkrankungen?

- Bluthochdruck Diabetes Durchblutungsstörung der Beine
- Gelenkerkrankungen Gerinnungsstörung Herzerkrankung
- Krebserkrankung Lebererkrankungen Lungenerkrankung
- Neurologische Erkrankung Nierenerkrankung offenes Bein (Ulcus cruris)
- Psychische Erkrankungen Thrombose der tiefen Beinvenen

Wurden schon einmal Kompressionsstrümpfe verordnet? JA NEIN

Verbessern Kompressionsstrümpfe Ihre Beschwerden? JA NEIN

Tragen Sie ein/e/n Prothese (außer Zahnprothese)/ Implantat/ Schrittmacher/ Defibrillator?

JA, welche/r/s: _____ NEIN

Weitere Operationen/ sonstige Erkrankungen: _____

Wann hatten Sie die letzte Darmspiegelung: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Hausarzt Freunde/ Bekannte Doctolib Google Facebook/ Instagram
- Sonstiges: _____

Bitte wenden, Seite 2 ►►►

Datenschutz

Damit wir Sie untersuchen, beraten und behandeln können, sowie zur Dokumentation und 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 die 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 die mit der MVZ Fachärzte Rhein-Main GmbH kooperierende MVZ Anästhesie Rhein-Main GbR übermittelt werden.

JA NEIN

Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Weiterleitung eines Arztbriefes und/ oder einer Behandlungsdaten an den weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt.

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/ Patientin oder gesetzlicher Vertreter

Einwilligung zu Termin- und/ oder anderen Erinnerungsschreiben (Recall)

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

- JA, ich möchte Terminerinnerungen erhalten.
 NEIN, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen. Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

- JA, ich möchte Recalls erhalten.
 NEIN, ich möchte keine Recalls erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Patientin oder gesetzlicher Vertreter

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und das vollständige Ausfüllen des Anamnesebogens.
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Ihr Team der Fachärzte Rhein-Main.