

Anamnesebogen

Name, Vorname _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Telefon privat: _____ Handy/Arbeit: _____

E-Mail Adresse: _____

Hausarzt/Ort: _____

Krankenkasse/Kostenträger: _____

1.) Wegen welchen Beschwerden haben Sie unsere Praxis heute aufgesucht?

Husten Atemnot Allergie Schlafstörungen

Sonstiges: _____

Seit wann bestehen diese Beschwerden? _____

2.) Sind bei Ihnen Allergien bekannt? JA NEIN

Wenn „JA“ welche: _____

Haben Sie Haus – oder Hoftiere? Welche? _____

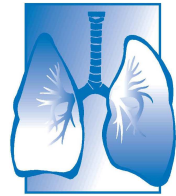
3.) Wann und wo wurde das letzte Röntgenbild Ihrer Lunge gemacht?

4.) Was üben Sie beruflich aus? _____

5.) Rauchen Sie oder haben Sie mal geraucht?

JA seit wann: _____ Anzahl der Zigaretten pro Tag: _____

NEIN Nichtraucher seit: _____



6.) Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder, etc.) Lungenerkrankungen oder Allergien bekannt?

Welche: _____

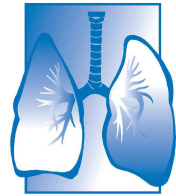
7.) Sind bei Ihnen sonstige Krankheiten bekannt, welche?

Falls Sie Vorbefunde / Röntgenbilder / einen aktuellen Medikamentenplan dabei haben, geben Sie diese Unterlagen bitte an der Anmeldung ab.

Sollten Sie keinen Medikamentenplan dabei haben, füllen Sie bitte den nachfolgenden Abschnitt aus.

8.) Aktuelle Medikamente:

Medikamentenname / Stärke	Anzahl morgens	Anzahl mittags	Anzahl abends



Datenschutzerklärung

Name, Vorname: _____

geb.: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, an **weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken** übermittelt werden dürfen. Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen/Angehörigen weitergegeben werden nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in