

Anamnesebogen

Bitte vollständig und gut leserlich ausfüllen. Medizinische Angaben werden vertraulich behandelt.

Stammdaten

Vorname	Name
Geburtsdatum	SVNR
Straße	Hausnr.
PLZ	Ort
Tel.-Nr.	E-Mail

Medizinische Anamnese

Gewicht in kg	Größe in cm		
Rauchen Sie?	Nein	Ja	Bei Ja: Stück / Tag
Leiden Sie unter Schlafstörungen?	Nein	Ja	
Sind Sie schwanger?	Nein	Ja	Bei Ja: in der Woche

Operationen/Bestrahlungen

Allergien

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen oder Infektionen? (bitte ankreuzen)

Bluthochdruck	Thrombose	Herzinfarkt	Schlaganfall
Diabetes	Lebererkrankung	Nierenerkrankung	Asthma/COPD
Arthrose	Osteoporose	Gemütskrankheiten	Schilddrüsenkrebs
Reizdarm	Krampfanfälle	Blutungsneigung	Krebserkrankungen
Glaukom	Hepatitis	HIV	

Sonstige:

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf? (bitte ankreuzen)

Bluthochdruck	Thrombose	Herzinfarkt	Schlaganfall
Diabetes	Krebserkrankungen	Allergien	Asthma/COPD
Arthrose	Migräne		

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ein?

Zusatzinfo und Datenschutz

Bitte die Zustimmungspunkte lesen und jeweils ankreuzen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Ärzt*innen und Gesundheitsberufe (Psycholog*innen, Diätolog*innen, Sozialarbeiter*innen etc.) des PVE Penzing meine Gesundheitsdaten einsehen können.

Ich stimme zu, dass personenbezogene Daten (SVNR, Geburtsdatum, Diagnose und damit in Zusammenhang stehende Daten) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen (z. B. Sanitätshaus, Apotheke), in deren Behandlung ich mich befinde, übermittelt werden dürfen. In Absprache mit den erweiterten Gesundheitsberufen kann auch der Datenaustausch mit Ämtern und Behörden notwendig sein.

Ich bin damit einverstanden, dass ich über Gesundheitsaktionen, Impfaktionen oder Termine per Mail und/oder telefonisch bzw. per SMS informiert werde.

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Nichteinhalten eines Termines ein Betrag von 80 € in Rechnung gestellt wird.

Ich bin einverstanden, mit meinem Namen über den Monitor im Warteraum aufgerufen zu werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die oben genannten Punkte gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift