

Chirurgische Praxis Walsrode

Fr. S. Bretz
 Hr. H.v. Koschitzky
 Dr. med. G.-D. v. Koschitzky*
 Dr. M. Grunewald*
 Dr. A. Starrock*
 *angestellte Ärzte



Moorstraße 78-80, 29664 Walsrode
 Tel.: 05161/73021, Fax: 05161/73023
 www.chirurgie-walsrode.de

Anamnesebogen für Patienten

Aktueller Hausarzt:	E-Mail-Adresse:
Ihr Beruf:	Aktuelle Telefonnummer:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Behandlungen? Zutreffendes bitte ankreuzen!			
1	Herzerkrankungen <small>Wenn ja, welche?</small>	12	Nierenerkrankungen <small>Wenn ja, welche?</small>
2	Bluthochdruck	13	Migräne
3	Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	14	Schlaganfall
4	Durchblutungsstörungen der Beine	15	Magengeschwüre
5	Krampfadern	16	Osteoporose
6	Diabetes mellitus	17	Rheuma
7	chron. Bronchitis	18	Blutverdünnung
8	Asthma	19	Thrombose
9	Krebserkrankungen <small>Wenn ja, wann und welche?</small>	20	Organverpflanzung <small>Wenn ja, wann und welche?</small>
10	Entzündliche Darmerkrankungen <small>Wenn ja, welche?</small>	21	<input type="checkbox"/> leicht Nasenbluten <input type="checkbox"/> leicht Blutergüsse
11	Depressionen	22	Keine der hier aufgeführten

Allergien/Unverträglichkeiten	J	N
Medikamentenallergien? <small>Wenn ja, welche?</small>		
Sonstige Allergien? <small>Wenn ja, welche?</small>		
Sind Sie gegen Tetanus geimpft? <small>Wenn ja, wann?</small>		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/>	Ja, folgende:

Bitte wenden!

Datenschutzerklärung

Ich habe die Datenschutz-Information gelesen und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht in der Praxis gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin einverstanden, dass meine Daten über die gesetzliche Frist hinaus gespeichert werden, damit sie für künftige Behandlungen zur Verfügung stehen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Ärzte **dieser** Praxis, z.B. im Falle von Krankheits- oder Urlaubsvertretung, meine Daten einsehen und entbinde sie untereinander von der Schweigepflicht.

Sollten Sie einen Arbeits- oder Schulunfall erlitten haben, erstellen wir die Unfallmeldung und ggf. Folgekorrespondenz an die Berufsgenossenschaft. Sie haben das Recht, vom Unfallversicherungsträger über die übermittelten Daten unterrichtet zu werden.

Ich wünsche Befundberichte an meinen Hausarzt. Ja Nein

Ich wünsche eine Kopie dieser Einverständniserklärung Ja Nein

Walsrode den, _____