

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 Wenn ja, welche?	12 Nierenerkrankungen Wenn ja, welche?		
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 Wenn ja, wann und welche?	20 Organverpflanzung Wenn ja, wann und welche?		
10 Entzündliche Darmerkrankungen Wenn ja, welche?	21 <input type="checkbox"/> leicht Nasenbluten <input type="checkbox"/> leicht Blutergüsse		
11 Depressionen	22 Keine der hier aufgeführten		

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		<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,
