

**Name:**

**Tel.Nr:**

<b><u>Anamnesebogen</u></b>		
<b>Warum kommen Sie heute zu uns ? Welche Beschwerden ?</b>		
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Herz-/Brustschmerzen?</b>		
<b>Herzrhythmusstörungen verspürt oder bekannt?</b>		
<b>Atemnot?</b>		
<b>Wieviele Stockwerke schaffen Sie am Stück?</b>		
<b>Bekannte Lungenerkrankung ?</b>		
<b>Wasser in den Beinen?</b>		
<b>Schwindel ?</b>		
<b>Bewusstlosigkeit gehabt ?</b>		
<b>Bluthochdruck bekannt?</b>		
<b>Hohes Cholesterin bekannt?</b>		
<b>Diabetes , Zuckerkrankheit bekannt?</b>		
<b>Rauchen Sie ?</b>		
<b>Schnarchen Sie?</b>		
<b>Herzinfarkte , Schlaganfälle in der Familie ?</b>		
<b>Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?</b>		
<b>wenn ja: Wann ?</b>	<b>Wo behandelt ?</b>	
<b>Herz-OP gehabt ? Wann ?</b>	<b>Wo behandelt ?</b>	
<b>andere OP an Gefäßen?</b>		

**Vor-/ Nachname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben dies auch unterschrieben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an die von mir angegebenen Ärzte übermittelt werden.  
§73,1bSGBV

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Facharzt:** \_\_\_\_\_ **evtl. 2 Facharzt:** \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass wenn im Rahmen meiner Behandlung Blutentnahmen erfolgen, diese dem Labor übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Befunde von Haus- und Fachärzten sowie aus Krankenhäusern angefordert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem sie mein Geburtsdatum und meinen Krankenversicherungsträger am Telefon genannt haben.

**Name und Geburtsdatum des Angehörigen:**

\_\_\_\_\_

**Name und Geburtsdatum des Angehörigen:**

\_\_\_\_\_

**Name und Geburtsdatum des Angehörigen:**

\_\_\_\_\_

Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf, dieser ist jederzeit möglich.

\_\_\_\_\_  
**Ort**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**