

# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den Anamnesebogen vor der erstmaligen Behandlung aus.

Vielen Dank!

Ihr Praxis-Team Dr. Dresel

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Strasse/Nr.</b>		<b>PLZ/Ort</b>	
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Email</b>	
<b>Mobil</b>		<b>Festnetz</b>	
<b>Beruf</b>		<b>Familienstand</b>	

<b>Allergien?</b> Allergiepass? Arzneimittelunverträglichkeit?	
<b>Medikamente?</b> Dauermedikation?	
<b>Patientenvorgeschichte?</b> Vorerkrankungen? Herzschrittmacher? Operationen? Bluthochdruck? Zuckererkrankung? Fettstoffwechselstörung? Schilddrüsenerkrankung? Familiäre Vorerkrankungen?	ggf. Rückseite benutzen 
<b>Infektionskrankheiten?</b> Hepatitis? HIV?	
<b>Schwangerschaft?</b> Monat?	

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

### Schweigepflichtentbindung

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ entbinde folgende Personen von der Schweigepflicht und ermächtige sie hiermit zur Abholung von Rezepten, medizinischen Unterlagen und anderen Dokumenten in der hausärztlichen Praxis von Dr. Dresel:

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Datenübermittlung per E-Mail und per Fax

nach Art. 9 Abs. 2 DSGVO

Mir, \_\_\_\_\_, geboren \_\_\_\_\_ ist bekannt, dass die Datenversendung auf dem elektronischen Postweg (E-Mail) oder per Fax in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind dabei nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass versandte Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden.

In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich der Praxis Dr. Dresel, Germanenstraße 29 in 65719 Hofheim, hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, Gesundheitsdaten mit Bezug auf meine Person per E-Mail oder per Fax ohne weitere Sicherungsmaßnahmen an nachbehandelnde Ärzte, Verrechnungsstellen, in direktem Kontakt zu mir oder an andere von mir nachweislich bevollmächtigte Personen zu versenden und solche Daten von diesen auf gleichem Weg zu empfangen. Ohne mein Einverständnis müsste der Datenversand auf dem herkömmlichen Postweg erfolgen oder gänzlich unterbleiben.

Meine Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen, wobei der Widerruf entweder postalisch, per E-Mail an [info@praxis-dresel.de](mailto:info@praxis-dresel.de) oder per Fax an 06192-900328 übermittelt werden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift