

Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte beantworten Sie uns folgende Fragen- so können wir besser auf ihre individuellen medizinischen Bedürfnisse eingehen.

Name: _____

Tel-Nr.: Privat _____ Mobil: _____ / _____

E-Mail Adresse: _____ @ _____

Hausarzt: _____

Corona: geimpft genesen geboostert seit wann: _____
 getestet wann: _____

Gewicht.....kg **Größe**..... cm

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?

Ja Nein Zuletzt/ Wann ?.....

Allergien ? _____

/ gegen Medikamente, wenn Ja welche?.....

Kardiovaskuläre Risikofaktoren:

Leiden Sie an (zutreffendes bitte ankreuzen):

erhöhtem Blutdruck Diabetes erhöhtem Cholesterin

Rauchen Sie? Ja Nein Ex-Raucher seit..... Jahren

Gibt es in ihrer Familie : Herzinfarkte Schlaganfälle Krebserkrankungen

wenn ja

Wer?..... in welchem Alter?..... Was?

.....
.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name des Med. und Dosis	früh	mittags	abends

Ggf. bitte weiter auf der Rückseite! Allergien können auch auf der Rückseite ergänzt werden.

Unterschrift: _____



Bitte denken Sie an Ihre Vorbefunde!!!

Datenschutz/Schweigepflichtentbindung/Befundübermittlung

!!! Bitte ankreuzen !!!

1. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Befunde sowie weitere Auskünfte der Behandlung per Mail, Fax oder per Post an den Hausarzt sowie andere Ärzte weitergegeben werden dürfen.

Ja Nein

2. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch **Befunde** oder **Rezepte**

per Mail,

Fax oder

per Post

übermittelt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann, die durch Dritte gelesen werden kann.

Ja Nein

3. mit einer ab dem 1.3.2024 verpflichtenden Befüllung der **elektronischen Patientenakte** bin ich

einverstanden

nicht einverstanden

Untersuchungserinnerung/ Recall per Post

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch Untersuchungserinnerungen übermittelt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann, die durch Dritte gelesen werden kann.

Ja Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber Familienmitgliedern sowie Rezept Abholungen

Gegenüber den unten genannten Personen wird die Schweigepflicht entbunden:

<u>Name/Vorname:</u>	<u>Geburtsdatum:</u>	<u>Verwandtschaftsgrad:</u>

hiermit bestätige ich , dass ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.