

## ANMELDUNG – ANAMNESEBOGEN

Liebe Patient/innen, um wichtige Informationen zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte zu erfassen, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten.

Name Vorname Geburtstag

Anlass des Arztbesuches Telefonnummer

E-Mail Adresse Beruf Jetzige Tätigkeit

Kontaktaufnahme per E-Mail gestattet?  Ja  Nein

Hatten Sie Kontakt zu Asbest oder anderen Lungenschadstoffen?  Ja  Nein

Bekannte Krankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen)

Grüner Star (Glaukom)  Angina pectoris / Herzinfarkt  Lebererkrankungen (Gelbsucht)

Sodbrennen / saures Aufstoßen  Diabetes mellitus  Krebserkrankung

Bluthochdruck  Herzrhythmusstörungen  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Letzter Krankenhausaufenthalt: \_\_\_\_\_ Anlass: \_\_\_\_\_

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag seit \_\_\_\_\_ Jahren

Haben Sie geraucht?  Ja, bis vor \_\_\_\_\_ Jahren \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag seit  Nein

Schnarchen Sie?  Ja  Nein Bestehen nachts Atempausen?  Ja  Nein

Impfung gegen Pneumokokken?  Ja  Nein

Leiden Sie an Allergien? Falls ja, an welchen: \_\_\_\_\_

Haben Sie Haustiere? Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Letzte Covid 19 Impfung / Erkrankung: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? (Bitte Medikamentenzettel bereithalten)

Ort, Datum Unterschrift

## DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

wir nehmen den Datenschutz sehr ernst. Ihre Daten geben wir nur dann Dritte weiter, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Wir verweisen diesbezüglich explizit auf das Informationsblatt über die Datenverarbeitung in unserer Praxis.

Zur Sicherstellung Ihrer Behandlung sowie zur Ihrem Service kann es jedoch notwendig und sinnvoll sein, Ihre Daten an weitere Leistungserbringer zu übermitteln, so z.B. bei Blutabnahmen, da Sie sonst selbst in ein Labor gehen und sich dort das Blut abnehmen lassen müssten.

### EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name, Vorname

Geburtstag

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Pneumologie am Mexikoplatz,  
Argentinische Allee 1, 14163 Berlin an

- den überweisenden Arzt (auch telefonisch)
- Röntgeninstitut (Blutwerte, die z.B. im Rahmen einer Computertomografie erforderlich sind)
- Labor (z.B. Institut für medizinische Diagnostik IMD)

weitergegeben werden dürfen. Ohne diese Einverständnis ist eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann selbst die notwendigen Informationen besorgen und liefern.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift