

Asklepios MVZ Bayern - Lungenfachärzte FFB

Dr. med. G. Reiner / Dr. med. F. Schnabel / Dr. med. A. Middelbeek

Sehr geehrte Patienten,

nachfolgend finden Sie den Anmeldebogen für die Praxis. Füllen Sie den Bogen bitte möglichst vollständig aus und geben Sie diesen unterschrieben an der Anmeldung wieder ab.

⇒	Krankenversicherung
⇒	Name, Vorname, Geb.-Datum
⇒	bei Kindern Sorgeberechtigter: Name, Vorname, Geb.-Datum
⇒	Adresse
⇒	
⇒	Telefon-Nummer privat/geschäftlich

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1b SGBV sowie §§ 4 und 28 BDSG

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Lungenfachärzte Fürstenfeldbruck mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern.

Ich erkläre mich außerdem einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer telefonisch, per Fax oder postalisch übermittelt werden dürfen. Bei Kindern über 14 Jahren: Mit Auskunftserteilung und Abgabe von Rezepten etc. an den Sorgeberechtigten besteht Einverständnis.

Es ist mir bekannt, das ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Überwiesen wurde ich von:

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Fürstenfeldbruck, den:.....

➔ ➡ ➢ ➣ ➤ ➥ **Bitte wenden**

Anamnese Fragebogen

Haben Sie Allergien?

nein

ja, ich reagiere allergisch auf:

.....

Wurde bei Ihnen bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt? (Behandlung mit Spritzen oder Tabletten gegen Allergien)

nein

ja, von:..... bis:.....

gegen:

Haben Sie Kontakt zu Haustieren?

nein

ja, zu

Sind bei Ihnen Erkrankungen im HNO-Bereich (z.B. Nasennebenhöhlenentzündungen, Polypen) bekannt?

nein

ja

Leiden Sie an Erkrankungen des Magens und der Speiseröhre (z.B. Sodbrennen, Reflux, Gastritis) und nehmen Sie Medikamente dagegen ein?

nein

ja

Medikamente:

Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Osteoporose, Thrombosen, etc.) oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein

ja

Medikamente:.....

Welchen Beruf üben /übten Sie aus? Waren oder sind Sie am Arbeitsplatz Gasen, Dämpfen oder Stäuben ausgesetzt?

.....

Bestehen in Ihrer Familie Vorbelastungen mit allergischen Erkrankungen, Asthma oder anderen Lungenkrankheiten?

nein

ja

Sind Sie Raucher oder ehemaliger Raucher?

nein, ich habe noch nie geraucht

nein, ich rauche nicht mehr seit:

Damals ca..... am Tag seit

ja, ich rauche seit ca.am Tag

Treiben Sie Sport?

nein ja,

Wie schwer sind Sie?..... kg Wie groß sind Sie? cm

Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger?

nein weiß nicht ja, in der Woche