

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Behandlung bestmöglich vorzubereiten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns, das Arztgespräch gezielt zu gestalten und gegebenenfalls bereits notwendige Untersuchungen vorzubereiten, sodass Wartezeiten verkürzt und Doppeluntersuchungen vermieden werden können.

Neben medizinischen Informationen benötigen wir auch einige organisatorische Angaben, um Sie zuverlässig kontaktieren, Befunde zuordnen und Folgetermine optimal planen zu können. Bitte beachten Sie, dass alle Daten streng vertraulich behandelt werden und der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz unterliegen.

1. Persönliche und organisatorische Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Ich erlaube den Kontakt über ☐ Telefon ☐ Mobil ☐ E-Mail

Hausarzt / Hausärztin: _____

Überweisender Arzt / Ärztin: _____

Pflegestufe: ☐ ja, welche? ____ ☐ nein **Zuzahlungsbefreit:** ☐ ja ☐ nein

Grad der Behinderung ☐ ja, welcher? ____ ☐ nein

Herzschrittmacher: ☐ ja ☐ nein

2. Bevollmächtigte Person / Weitergabe von Informationen

Um Ihren Praxisablauf zu erleichtern, können Sie eine Person benennen, die in Ihrem Namen

- Informationen zu Terminen oder Befunden erhalten darf,
- Rezepte oder Unterlagen für Sie abholen darf,

- sowie in Ausnahmefällen Termine vereinbaren oder absagen darf.

Ohne eine schriftliche Freigabe dürfen wir aus Datenschutzgründen keinerlei Auskünfte, Rezepte oder Unterlagen an Dritte herausgeben – auch keine telefonischen Informationen oder Terminvereinbarungen.

☐ Ich möchte eine bevollmächtigte Person benennen.

☐ Nein, ich wünsche keine Freigabe.

Name der bevollmächtigten Person: _____

Telefonnummer: _____

3. Grund der Vorstellung

Bitte beschreiben Sie kurz den **Grund Ihres Besuchs** (z. B. Kopfschmerzen, Schwindel, Gedächtnisprobleme, Lähmungen u. Ä.):

4. Medizinische Angaben

Bekannte Allergien:

Regelmäßig eingenommene Medikamente

(bitte mit Dosierung und Einnahmezeit, z. B. *L-Thyroxin 50 µg 1-0-0*):

Bekannte Vorerkrankungen / frühere Operationen:

5. Information zur Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA)

Unsere Praxis nutzt die elektronische Patientenakte (ePA), um medizinische Informationen sicher und strukturiert zu dokumentieren. Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir im Rahmen Ihrer Behandlung relevante medizinische Daten in Ihre ePA einpflegen können. Für gesetzlich Versicherte wird automatisch von der Krankenkasse eine ePA angelegt, sofern nicht widersprochen wird. Privat Versicherte können bei der Krankenkasse eine ePA beantragen, sofern diese angeboten wird.

Folgende Dokumente können in Ihre ePA übertragen werden, sofern sie für Ihre aktuelle neurologische Behandlung und Weiterbehandlung durch andere Kollegen wichtig sind:

- Arztbriefe
- Laborbefunde
- Befunde aus bildgebender Diagnostik (z. B. Röntgen, MRT)
- Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU)

Sie haben die Möglichkeit, einzeln zu entscheiden, welche dieser Informationen in Ihre ePA aufgenommen werden dürfen. Ihre Zustimmung ist freiwillig. Selbstverständlich können Sie einer Speicherung einzelner oder aller Daten **jederzeit widersprechen**. Bitte teilen Sie dies rechtzeitig dem behandelnden Arzt oder der Ärztin mit.

Bitte kreuzen Sie an, welche Informationen in Ihre ePA übernommen werden dürfen:

- ☐ Arztbriefe
- ☐ Laborbefunde
- ☐ Bildgebende Befunde
- ☐ eAU (elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung)
-

☐ Ich möchte **keine Daten** in meiner ePA speichern lassen

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____