



Dr. Phöbe Sfondonis

Anamnesebogen

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 männlich | weiblich | divers ledig | verheiratet | mit Partner/in
Straße: _____ Wohnort: _____
Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____
E-Mail: _____ Beruf: _____
Pflegegrad ja, welcher: _____ | nein Patientenverfügung/Vollmacht? ja | nein
gesetzliche Betreuung? ja | nein | wenn ja, wer? _____

Notfallkontakt:

Name, Vorname: _____
Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____

Vorerkrankungen:

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma/COPD	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes mellitus _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KHK, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind in der Familie o.g. Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien? ja | nein | wenn ja, welche? _____

Hatten Sie Operationen? ja | nein | wenn ja, welche? _____

Wer war Ihr letzter Hausarzt? _____

Wann waren Ihre letzten Vorsorgen? (Bitte geben Sie das Jahr an)

Gesundheitscheck _____ Krebsvorsorge _____



Dr. Phöbe Sfendonis

Dauermedikation / Nahrungsergänzungsmittel:

Wenn Sie einen Medikationsplan vorliegen haben, können Sie uns diesen auch zum scannen aushändigen.

Name	mg/ Hub	morgens/mittags/abends		

Wir bitten darum, uns Ihren Impfausweis vorzulegen und gerne können Sie uns Vorbefunde von Ihrem alten Hausarzt und / oder Fachärzten vorlegen zum Einscannen. Diese bekommen Sie anschließend zurück.



Dr. Phöbe Sfendonis

Sehr geehrter Patient,

Rechnungen, Mahnungen sowie Kostenvoranschläge möchten wir Ihnen in digitaler Form per E-Mail im PDF-Format zusenden. Diese Dokumente sind grundsätzlich den Papierdokumenten gleichgestellt. Wir versenden diese Dokumente verschlüsselt, um sie vor unbefugter Einsichtnahme zu schützen, weisen Sie jedoch darauf hin, dass die Übermittlung von Daten per E-Mail stets das Risiko enthält, dass diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden könnten. Hierfür bitten wir Sie um Ihr Einverständnis.

Bitte füllen Sie daher diese Einverständniserklärung vollständig aus.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben und werde Ihnen umgehend Änderungen mitteilen. Bis zum Widerruf dieser Erklärung erhalte ich Rechnungen, Mahnungen und Kostenvoranschläge ausschließlich per E-Mail im PDF-Format.

Ich willige darin ein, dass meine in der Rechnung niedergelegten persönlichen Daten per E-Mail an mich übersendet und somit verarbeitet werden. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zu dem Zweck, Rechnungen, Mahnungen und Kostenvoranschläge an mich zu übersenden. Sollten diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden, entbinde ich die Praxis diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum, Unterschrift