Anamnesebogen Erwachsene MVZ Augenzentrum Wolfsburg GmbH

Wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis willkommen heißen und bitten Sie, den nachfolgenden Anamnesebogen auszufüllen. Dieser dient dazu, Begleiterkrankungen zu ermitteln und Ihre bereits verschriebenen Medikamente bei der Medikamentenauswahl zu berücksichtigen.
Wir behandeln Ihre Angaben im Anamnesebogen als Teil der Patientenakte streng vertraulich.
Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen.
Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Festnetznummer: _____

Mobilnummer (optional): _____

Adresse: _____

E-Mail (optional): _____

Krankenkasse: _____

1. Name des **Hausarztes** (bitte Ort mit angeben)

_____

2. Name des überweisenden **Augenarztes** (bitte Ort mit angeben)

_____

3. Ggf. Name der gerichtlich benannten Betreuungsperson

_____

4. Besteht bei Ihnen eine **Allergie?** ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

5. Nehmen Sie **Medikamente**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte listen Sie alle auf.

_____

_____

_____

6. Sind Sie **Diabetiker**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: ☐ Typ I ☐ Typ II

Behandlung mit: ☐ Tabletten ☐ Spritzen

Letzter HbA1c (Langzeitblutzuckerwert) Wert:

7. Sind Sie **dialysepflichtig**? ☐ Ja ☐ Nein

8. Besteht/Bestand eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung** *(z. B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündungen, hoher Blutdruck)*? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? Jahr:

9. Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen: **Tuberkulose, HIV-Infektion, Hepatitis, Rheuma, MRSA (Krankenhauskeim), Schilddrüsenerkrankung, Epilepsie?** ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? Jahr:

10. Hatten Sie schon eine **Augen-Operation / Laserung**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? Jahr:

11. Tragen Sie **Kontaktlinsen**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? ☐ hart ☐ weich

12. Nehmen Sie regelmäßig **Augentropfen**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte führen Sie diese auf.

13. Sind sie aktuell schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

14. Sonstige Angaben

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. der Betreuungsperson

Einwilligung zur Datenübermittlung & digitalen Terminverwaltung & zur Aufnahme und Transkription des Arzt-Patienten-Gesprächs

1. Datenübermittlung gemäß § 73 Abs. 1b SGB V

   Ich bin damit einverstanden, dass medizinisch relevante Daten und Befunde zwischen meinem Haus-/Augenarzt (siehe Anamnesebogen) und dieser Praxis gegenseitig übermittelt werden, soweit dies für Dokumentation und Behandlung erforderlich ist. Die Übermittlung erfolgt zum Zweck der Sicherstellung meiner Behandlung und Betreuung.

   Bitte ankreuzen

   ☐ **Ja, ich bin mit der Datenübermittlung einverstanden**
   ☐ **Nein, ich bin nicht einverstanden**

Widerruf: Sie können die oben genannten Einwilligungen zu jeder Zeit (auch teilweise) widerrufen. Der Widerruf ist nur für die Zukunft möglich und nicht für bereits erfolgte Datenverarbeitungsvorgänge. Hat eine Aufnahme und Transkription bereits stattgefunden, werden Ihre Daten aus dem System gelöscht, sofern die Speicherdauer nicht bereits abgelaufen ist. Im Falle des Widerrufs kann es zu Einschränkungen der Leistungen gegenüber Ihnen kommen bis hin dazu, dass Augenarztpraxis MVZ Augenzentrum Wolfsburg GmbH die Leistungen Ihnen gegenüber einstellen kann. Weitere Informationen zum Verantwortlichen, zu Ihren Datenschutz- und Beschwerderechten sowie zu den Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten finden Sie in unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ im Aushang. Kopie dieser Erklärung:

☐ Ich wünsche eine Kopie ☐ Ich wünsche keine Kopie

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur oben beschriebenen Datenverarbeitung.

_____

Vorname, Name (ggf. Name der Betreuungsperson)

_____

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. der Betreuungsperson