



## Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem ersten Arztkontakt aus

Allgemeine  
Angaben

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ e-Mail \_\_\_\_\_

Festnetz \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Hausarzt /Hausärztin : \_\_\_\_\_

Allgemeine  
Lebensumstände

Anzahl Personen im Haushalt \_\_\_\_\_

Sind sie aktuell berufstätig? ja  nein  nein (Ruhestand)

Aktuelle/letzte berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Hobbys: \_\_\_\_\_

Diabetes und  
Folgeerkrankungen

**Diabetes Typ:** Typ1  Typ2  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Seit **wann** haben Sie Diabetes? \_\_\_\_\_

**Konkreter Anlass** Ihres Besuchs \_\_\_\_\_

**Aktuelle** Beschwerden \_\_\_\_\_

**Bekannte Folgeerkrankungen** des Diabetes: keine

Gefäße  Herz  Niere  Füße  Augen

Sonstige Erkrankungen  
und Informationen

Sonstige **Erkrankungen / Operationen:** \_\_\_\_\_

**Allergien:** \_\_\_\_\_

**Erkrankungen in Ihrer Familie** (Eltern, Geschwister) ?

Diabetes  Herzinfarkt  Koronare Herzerkrankung (KHK)

Schlaganfall  keine davon

Sonstige **wichtige Information:** \_\_\_\_\_

bitte wenden

# Medikamentenplan

Liegt vor: ja  nein

*Bitte tragen Sie Ihre Medikamente mit Ihrer Dosis und dem Zeitpunkt der Einnahme in die Tabelle ein, falls Sie keinen Medikamentenplan mitbringen*

Name der Medikamentes	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Datum

Unterschrift

---

---



## Informationen zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig, daher möchten wir Ihnen folgende Informationen geben:

Im Rahmen Ihrer Behandlung sind wir gesetzlich verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten (insbesondere Name, Geburtsdatum, Kontaktadresse sowie bisherige und zukünftige medizinische Daten) aufzuzeichnen. Die elektronische Datenverarbeitung ist für Ihre Behandlung unerlässlich und erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz.

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Mitarbeiter:innen der Praxis Einblick in Ihre Daten haben, sofern dies im Rahmen Ihrer Behandlung erforderlich ist. Wir versichern Ihnen, dass alle Mitarbeiter:innen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet haben.

Außerdem informieren wir Sie darüber, dass Ihre persönlichen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften an Leistungsträger der Sozialversicherung (bspw. Krankenkassen etc.) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen weitergegeben werden müssen.

Unser Aushang „Information zum Datenschutz für Patient:innen“ gibt Ihnen weitere Informationen rund um das Thema Datenschutz.

Ihr Praxisteam

**Bitte unterschreiben Sie umseitig Ihre Kenntnisnahme und Einwilligung**

***Bitte wenden!***

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Kenntnisnahme Datenschutz und Einwilligung**

- Die umseitige Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung an meinen Hausarzt (§ 73 Abs. 1 b SGB V) und im Zuge der Mit- und Weiterbehandlung an weitere Fachärzte, inklusive Laborärzte übermittelt werden.
- Ich möchte ggf. von der Möglichkeit der Video-Sprechstunde Gebrauch machen. Ich willige daher ein, dass die dafür relevanten Daten (Arztname, mein Vor- und Nachname, meine E-Mailadresse und Handynummer) im Falle der Vereinbarung eines Videotermins an den Anbieter des für Videosprechstunden zertifizierten Portals „viomedi“ übermittelt werden. Anbieter des Portals ist:  
Facharzt-Sofort-GmbH  
Straubinger Str. 19  
94363 Oberschneiding  
Die vollständige Anbieterkennzeichnung (Web-Impressum) der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomedi.de/impresum>, die Datenschutzerklärung finden Sie unter: <https://viomedi.de/datenschutz>.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Einwilligungen jederzeit widerrufen können!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in

### **Weitergabe von Informationen und Rezepten an Bezugspersonen**

Ich erteile meine Einwilligung, dass Informationen und Rezepte im Rahmen meiner Behandlung an die folgenden Personen weitergegeben werden:

Name	Vorname	Geburtsdatum	ggf. Einschränkungen (z.B. "nur Rezepte")

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen können!

\_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

**Unterschrift Patient:in**