

ANMELDE- & ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir, das Team der Praxis DYADERM, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Vielen Dank.

PERSÖNLICHE DATEN

NAME VORNAME	TITEL
STRASSE HAUSNUMMER	GEBURTSDATUM
PLZ ORT	TELEFON (PRIVAT)
E-MAIL*	TELEFON (MOBIL)*

*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

HAUSARZT

*Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

KRANKENKASSE

Gesetzlich

Privat (Basistarif)

Privat (Standardtarif)

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

ANGABEN ZU IHRER HAUTGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter immer wieder auftretenden | chronischen Hauterkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

Gehen Sie aktuell ins Solarium oder sind früher einmal gegangen?

Wann erfolgte das letzte Hautkrebsscreening? _____

Hatten Sie schon einmal Hautkrebs?

Wenn zutreffend, welche Art? _____

Hautkrebs in der Familienanamnese

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden? Wurden nachfolgend genannte Erkrankungen oder Organsysteme bei Ihnen behandelt?

Allergien

Wenn ja, welche? _____

Asthma

Wenn ja, welche Art? _____

COPD

Benötigen Sie eine Sauerstofftherapie?

Diabetes mellitus

Wenn ja, welche Art? _____

BITTE WENDEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler -operationen | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | Wie wurden Sie behandelt? <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Implantierter Defibrillator |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | Wann war der letzte Anfall? _____ |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star | |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen -infektionen | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Sind Sie dialysepflichtig? |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | Welche Erkrankungen? _____ |
| <input type="checkbox"/> Organtransplantationen | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Immunsuppression | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheuma Autoimmunerkrankungen | Welche Art? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie | Welche und wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | Welche und wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | |
| <input type="checkbox"/> Andere nicht aufgeführte Erkrankungen? | _____ |

MEDIKAMENTE

Bitte händigen Sie uns Ihren Medikamentenplan zur Eintragung in Ihre Akte aus. Sollten Sie keinen besitzen, listen Sie hier bitte Ihre Medikamente auf.

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN? *Freiwillige Angabe - hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

- Persönliche Empfehlung Internet Jameda Außenwerbung Presse

HINWEIS ZUR ORGANISATION

Da unsere Praxis mit einem Bestellsystem arbeitet, wird die Zeit für vereinbarte Termine exklusiv für Sie reserviert. Vermeiden Sie daher bitte kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort | Datum

Unterschrift

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH FÜR IHRE BEANTWORTUNGSZEIT.
IHR DIMITRIOS GEORGAS UND DAS PRAXIS-TEAM