

Anamnesefragebogen und Datenschutzerklärung		 Dr.med. Manuela Denzler <small>Fachärztin für Hals-Nasen- Ohren-Heilkunde</small>
	<i>Dr. med. Manuela Denzler</i>	

Name, Vorname		Geb.	
Straße, PLZ, Ort			
Telefon		Hausarzt	
Mobil		Beruf	
Versicherung		Arbeitgeber	

Vorerkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutzuckererkrankung (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung (Asthma, COPD, andere)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzkrankheit (Rhythmusstörungen, Infarkt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Implantate (Herzschrittmacher, Defi, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Andere Erkrankungen:

--	--	--	--

Allergien	Penicillin, Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welches?			

Andere Allergien:

Medikamenteneinnahme	Medikationsplan vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	---------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Blutverdünner (ASS, Marcumar, Eliquis, Xarelto)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Andere Medikamente:

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Bitte beachten Sie die Rückseite zum Thema Datenschutz!!!!



Anamnesefragebogen und Datenschutzerklärung		 Dr.med. Manuela Denzler <small>Fachärztin für Hals-Nasen- Ohren-Heilkunde</small>
	<i>Dr. med. Manuela Denzler</i>	

Einwilligungserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V
durch den Facharzt

Ich _____
Vorname, Name, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der HNO Praxis Dr. med. Manuela Denzler meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Es liegt ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis aus, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter/Patient _____

Seite 2 von 2	Version: 02	Erstellt: Sandy Schindler	
		Freigegeben: Frau Dr. Denzler	17.02.2023