

Dr. ANNE  
SCHINDLER  
Praxis für Allgemeinmedizin

Jahnstraße 8, 42929 Wermelskirchen

02196-91990 (tel)

02196-82982 (fax)

info@praxis-anneschindler.de (e-mail)

www.praxis-anneschindler.de (web)

Anamnesebogen | Datum: .....

Stand 1.0 / 15.03.2023

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis gekommen sind. Gerne beraten wir Sie in allen Gesundheitsfragen und helfen Ihnen gesund zu bleiben oder gesund zu werden. Da wir im Krankheitsfall auch immer die körperlichen und seelischen Aspekte sowie das Lebensumfeld des Patienten berücksichtigen, bitten wir Sie: Nehmen Sie sich Zeit die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie sind nicht gezwungen den Fragebogen auszufüllen. Allerdings wäre eine möglichst vollständige Ausfüllung sehr hilfreich für den Behandlungsablauf. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein lassen Sie diese zunächst offen. Den ausgefüllten und unterschriebenen Bogen händigen Sie bitte dem Praxisteam beim Erstkontakt aus. Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben!

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon (tagsüber): .....

Mobil: .....

Geburtsdatum: .....

Dr. ANNE  
SCHINDLER  
Praxis für Allgemeinmedizin

Jahnstraße 8, 42929 Wermelskirchen

02196-91990 (tel)

02196-82982 (fax)

info@praxis-anneschindler.de (e-mail)

www.praxis-anneschindler.de (web)

**Allgemeine Anamnese**

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt,  
wenn ja, seit wann?

Ja    Nein

- Bluthochdruck
- Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt
- Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen  
(auch Herzklappen)
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
- Zuckererkrankung / Diabetes mellitus
- Fettstoffwechselstörungen  
(erhöhte Cholesterinwerte)
- Tumorerkrankungen
- Chronische Infektionskrankheiten
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale,  
chronische Bronchitis, TBC)
- Thrombose oder Lungenembolie
- Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)
- Psychische Erkrankungen (Depressionen,  
Psychosen)
- Krampfleiden oder andere neurologischen  
Erkrankungen
- Operationen / Unfälle
- MRSA-Infektion bekannt?
- Sonstiges:

.....  
.....  
.....  
.....

Dr. ANNE  
SCHINDLER  
Praxis für Allgemeinmedizin

Jahnstraße 8, 42929 Wermelskirchen

02196-91990 (tel)

02196-82982 (fax)

info@praxis-anneschindler.de (e-mail)

www.praxis-anneschindler.de (web)

**Allgemeine Anamnese**

Ja    Nein

Rauchen Sie?  
Wenn ja, wieviel: \_\_\_ Zigaretten pro Tag

Konsumieren Sie Alkohol?  
Wennja, wieviel: \_\_\_ Gläser/Wein pro Woche

Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt  
(z.B. Medikamente)  
Wennja, wogegen:  
.....  
.....

Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten oder  
Stimmungsaufheller?

Wie gross sind Sie?    \_\_\_\_ cm

Wieviel wiegen Sie?    \_\_\_\_ kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

Medikamente	Morgens	Mittags	Abends

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Ja    Nein

- Gesundheitsuntersuchung  
  Krebsfrüherkennungsuntersuchung  
  Darmspiegelung

Dr. ANNE  
SCHINDLER  
Praxis für Allgemeinmedizin

Jahnstraße 8, 42929 Wermelskirchen

02196-91990 (tel)

02196-82982 (fax)

info@praxis-anneschindler.de (e-mail)

www.praxis-anneschindler.de (web)

**Familienanamnese**

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Ja    Nein

- Bluthochdruck
- Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt
- Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
- Zuckererkrankung / Diabetes mellitus
- Tumorerkrankung
- Blutungsstörung, Bluterkrankungen
- Thrombose oder Lungenembolie
- Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)

**Sozialanamnese**

Familienstand ..... Kinder .....

Beruf ..... Hobbys .....

Freizeitaktivitäten .....

Sport (welcher?) ..... andere: .....

weitere behandelnde Ärzte (welche?) .....

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mithilfe!

Unterschrift

**Patienteneinwilligung zum Datenaustausch mit Leistungserbringern**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Wir weisen Sie daraufhin, dass auf Basis der genannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

Name

Geb. Datum

Adresse

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung bei Fr. Dr. med. Schindler, zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation in dem erforderlichen Umfang an

die/den weiterbehandelnde(n) Ärztin/Arzt

das Krankenhaus / das MVZ

das Labor

weitergegeben werden dürfen.

von diesen über meine Behandlung dort im erforderlichen Umfang eingeholt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort

Datum

Unterschrift Patient/-in

**Entbindung von der Schweigepflicht zur Durchführung labordiagnostischer Untersuchungen  
von Proben durch die Praxis und das Labor Dr. Wisplinghoff**

(Horbeller Str. 18-20, 50858 Köln, Tel. 0221-9405050, www.wisplinghoff.de)

Name

Geb. Datum

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient,  
im Rahmen Ihrer Behandlung ist es unter Umständen notwendig, Untersuchungsmaterial (z.B. Blut, Urin, Stuhl) labormedizinisch zu untersuchen. Um solche Untersuchungen auf höchstem Niveau für Sie erbringen zu können, sind die Ärzte unserer Praxis Mitglieder der Ärztlichen Laborgemeinschaft Köln (beide nachfolgend als „Laborgemeinschaft“ bezeichnet). Darüber hinaus senden wir das Untersuchungsmaterial auch an einen **Standort des Labors Dr. Wisplinghoff mit Hauptsitz in der Horbeller Str. 18-20 50858 Köln**. Im Interesse kurzer Wege und Synergieeffekte, die auch Ihnen als Patient zugutekommen, haben die Laborgemeinschaft und das Labor Dr. Wisplinghoff eine Kooperation gebildet, um Transportwege und Untersuchungsschritte zu minimieren. Die Ärzte des Labors Dr. Wisplinghoff unterliegen selbstverständlich ebenso der ärztlichen Schweigepflicht wie wir.

Für alle labormedizinischen Untersuchungen - sei es, dass sie durch die Praxis selbst innerhalb einer Laborgemeinschaft oder durch das Labor Dr. Wisplinghoff erbracht werden - müssen Ihre personenbezogenen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Diese Daten unterliegen dem Schutz des Strafgesetzbuches, des Bundesdatenschutzgesetzes, ( ab 25 .5 .18) der Datenschutz-Grundverordnung und der ärztlichen Schweigepflicht. Im Einzelnen geschieht folgendes mit Ihren Daten:

**Erhebung, Verarbeitung und Nutzung** Ihrer Gesundheitsdaten (Name, Adresse, Behandlungsinformation und Untersuchungsauftrag) für die Laboruntersuchung durch die Praxis und/oder das Labor Dr. Wisplinghoff, das in seltenen Ausnahmefällen für bestimmte Untersuchungen Unteraufträge an andere medizinische Labore erteilen kann. Entsprechende Untersuchungen sind im Leistungsverzeichnis gekennzeichnet. Sollte dies in Ihrem Fall relevant sein, wird dies auf dem Laborbefund vermerkt. **Übermittlung** von Gesundheitsdaten an die Laborgemeinschaft und/oder das Labor Dr. Wisplinghoff. **Speicherung** dieser Daten und der Untersuchungsergebnisse durch die Laborgemeinschaft und/oder das Labor Dr. Wisplinghoff in einer elektronischen Datei auf Servern der Laborgemeinschaft und/oder des Labors Dr. Wisplinghoff. Diese Server befinden sich ausschließlich in Deutschland und sind durch mehrfache Zutritts- und Zugangssicherungen gegen unbefugten Zugriff von außen geschützt.

**Nutzung** der übermittelten Daten für die Durchführung der labormedizinischen Untersuchung, Erstellung des labormedizinischen Befundes, ggf. Weiterleitung an Drittlabore und zu Abrechnungszwecken. **Übermittlung** des Befundes vom Labor Dr. Wisplinghoff oder der Laborgemeinschaft an unsere Praxis, wobei die Übermittlungswege technisch gegen den Zugriff durch Dritte gesichert sind.

Wir bitten Sie, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten sowie zur Beauftragung des medizinischen Labors Dr. Wisplinghoff zu dokumentieren und Ihr Einverständnis zur Übermittlung der bei Ihnen entnommenen Proben sowie der Behandlungsdaten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger und dazugehörigen Diagnosen zu geben:

**Hiermit erteile ich meine Einwilligung und entbinde insoweit meinen Arzt/meine Ärztin zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Labor Dr. Wisplinghoff, Horbeller Str. 18-20, 50858 Köln. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.**

Ort

Datum

Unterschrift Patient/-in (bzw.gesetzl.Vertreter)