

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte und Labore übermittelt bzw. eingeholt werden dürfen.

Dies kann sowohl *telefonisch* als auch *schriftlich* oder per *Fax* erfolgen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Eichler und Kolleginnen mich an medizinische Kontrolltermine erinnern darf.

Dies kann sowohl *schriftlich* als auch *telefonisch* erfolgen.

Sollte ich selber verhindert sein, dürfen folgende Personen oder Einrichtungen Rezepte, Überweisungen oder andere Formulare für mich abholen.

Name	Adresse	Beziehung (z.B Vater, Tochter, Nachbar, etc.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Pat. bzw. ges. Vertreters



Nehmen Sie Medikamente ein?

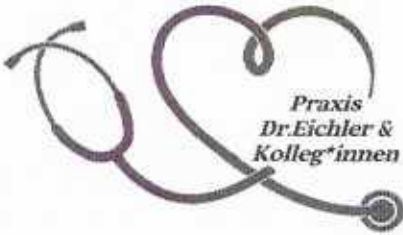
Medikament	Stärke	Dosierung

Welche Fachärzte betreuen Sie noch?

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Bitte legen Sie uns, wenn vorhanden, einen aktuellen
Medikamentenplan und Ihre Patientenverfügung bei.

Datum: _____
Unterschrift: _____



Anamnesebogen

Nehmen Sie Medikamente ein?

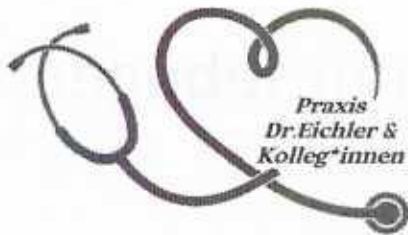
<i>Medikament</i>	<i>Stärke</i>	<i>Dosierung</i>

Welche Fachärzte betreuen Sie noch?

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

*Bitte legen Sie uns, wenn vorhanden, einen aktuellen
Medikamentenplan und Ihre Patientenverfügung bei.*

Datum: _____ Unterschrift: _____



Anamnesebogen

Persönlich Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Geburtsdatum: _____

Festnetznummer: _____

Handynummer: _____

Hausarzt: _____

Adresse: _____

Wohnort: _____

☐ Pflegegrad? welcher? _____

☐ Schwerbehinderung? GdB: _____

☐ Patientenverfügung vorhanden?

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Kontaktperson für Notfälle

Name: _____

Telefon: _____

Beziehung: _____

Name: _____

Telefon: _____

Beziehung: _____

Allergien / Unverträglichkeiten

☐ keine bekannt

☐ Medikamente: _____

☐ Lebensmittel: _____

☐ Sonstiges: _____

Lebensstil

Rauchen:

☐ nie

☐ gelegentlich

☐ regelmäßig: Anzahl/ Tag: _____

☐ ex Raucher seit: _____

Alkohol:

☐ nie

☐ gelegentlich

☐ regelmäßig: Menge: _____