

Rauchen Sie regelmäßig? Nein Ja Wie viele: _____ Seit wann: _____

Wenn nein, haben Sie früher geraucht? Nein Ja Wie viele: _____

Vom _____ bis zum _____ Lebensjahr

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Täglich Ab und zu

Welche Untersuchungen wurden bei Ihnen in den letzten Wochen durchgeführt und wo?

(Röntgen, CT, MRT, Sonografie/Ultraschall o. a.)

Art der Untersuchung	Praxis/Krankenhaus	Wann

Ihre Vorerkrankungen:

Herzinfarkt Nein Ja im Jahr: _____

Bluthochdruck Nein Ja

Schilddrüsenerkrankung Nein Ja Seit: _____

Diabetes mellitus (Zucker) Nein Ja Seit: _____

Blutungs-/Thromboseneigung Nein Ja Seit: _____

Infektionskrankheiten Nein Ja Seit: _____

Allergien Nein Ja Welche, seit wann: _____

Andere Krankheiten* Nein Ja Wenn ja, welche: _____

Ihr Praxisteam bedankt sich bei Ihnen für das Ausfüllen des Anamnesebogens!

Datum, Unterschrift Patient*in



**Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gemäß § 73, Absatz 1 b SGB V**

Ich,

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

wohnhaft:

erkläre mich einverstanden,

dass die MVZ Onko Neustadt GmbH mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

dass die MVZ Onko Neustadt GmbH mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw. gesetzl. Vertreter*in

Hinweis:

Für andere als die o. g. Zwecke dürfen meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermittelt, verarbeitet und genutzt werden.