

ANAMNESEBOGEN

Vorname _____ Nachname _____

Telefonnummer _____ E-Mail-Adresse _____

Bei welchen Ärzten sind Sie derzeit in Behandlung?

Fachrichtung	Name	Erkrankung
--------------	------	------------

Hausarzt	_____	_____
----------	-------	-------

Orthopäde	_____	_____
-----------	-------	-------

Erfolgten in den letzten 5 Jahren Aufenthalte/Behandlungen im Krankenhaus?

Jahr	Krankenhaus	Behandlungsgrund
------	-------------	------------------

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Name	Dosis (z. B. 1 – 0 – 1)	Name	Dosis (z. B. 1 – 0 – 1)
------	-------------------------	------	-------------------------

Besondere Bemerkungen (z. B. Allergien, Unverträglichkeiten)

Ein Behandlungsvertrag kommt ausschließlich zwischen Ihnen und der Praxis Dr. med. Ulrike Rohde und nicht zu den übrigen Ärzten und Therapeuten der Praxisgemeinschaft zustande. Ansprüche gegen die Gesamtheit der Ärzte als Praxisgemeinschaft bestehen daher nicht.

Ich habe die oben aufgelisteten Hinweise zum Behandlungsvertrag zur Kenntnis genommen.

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen benötige ich Ihre Einwilligung in die Übermittlung der Untersuchungsbefunde an Ihren Hausarzt und/oder den überweisenden Arzt. Sie können Ihre Zustimmung jederzeit widerrufen.

Ich erkläre mich mit der Übermittlung der Untersuchungsbefunde und des Arztbriefes an meinen Hausarzt und/oder den überweisenden Arzt einverstanden.

_____ Datum

_____ Unterschrift