



Einverständnis
Informationsweitergabe/
Anamnesebogen

FB-Version4_EinverständnisAnamnesebogen

Praxis an der Kaisereiche – Anmeldung

Seite 1/ 2

Pat. Nr.:

Praxis an der Kaisereiche
Wilhelm – Hauff – Str. 21
12159 Berlin

Name des Patienten:	
Geb.datum:	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten den Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.

Bitte beachten Sie dazu den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ im Wartezimmer.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen, auch telefonisch, an die folgenden Personen weitergegeben werden können (Lebenspartner, Angehörige, Bekannte):

Name: _____ geb.: _____

Mobilnummer: _____

Name: _____ geb.: _____

Mobilnummer: _____

Name: _____ geb.: _____

Mobilnummer: _____

Datum

Name/Unterschrift

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und dienen nur unserer Information.

Erstellt:
Geprüft:
Freigegeben:

Rehberg
Rodenwald
Tuchelt

am: 07.07.2025
am: 08.07.2025
am: 08.07.2025

Version: 4
gültig ab: 08.07.2025

Bitte wenden !





Einverständnis
Informationsweitergabe/
Anamnesebogen

FB-Version4_EinverständnisAnamnesebogen

Praxis an der Kaisereiche – Anmeldung

Seite 2/ 2

Allgemeine Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

Emailadresse: _____
(nur ausfüllen, wenn Sie eine schriftliche Auswertung per Email wünschen!)

Hausarzt: _____	Postleitzahl/Ort: _____
Straße: _____	Telefon: _____

Persönliche Daten

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht _____ kg (Änderung? _____)
Rauchen Sie? ☐ Nein, seit _____ ☐ Ja, _____ Zigaretten/Tag, seit _____ Jahren
Welche aktuellen Beschwerden bestehen?

Welche Erkrankungen haben Sie, bzw. hatten Sie (mit Jahr der Erstdiagnose)?

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt (bitte mit Jahresangabe)?

Allergien?

Medikament und Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

Alter bei der ersten Monatsblutung? _____ Jahre
Besteht der Zyklus noch? ☐ Ja ☐ Nein, nicht mehr seit _____ (Lebensalter)
Anzahl und Jahr Geburten: _____
Wann war der 1. Tag der letzten Blutung? _____, regelmäßig ☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie Hormone (die „Pille“ oder Hormone in den Wechseljahren)? ☐ Ja, _____ ☐ Nein
Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ☐ Ja (SSW _____) ☐ Eventuell ☐ Nein

Unterschrift: _____

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und dienen nur unserer Information.

Erstellt:	Rehberg	am: 07.07.2025	Version: 4
Geprüft:	Rodenwald	am: 08.07.2025	gültig ab: 08.07.2025
Freigegeben:	Tuchelt	am: 08.07.2025	

Bitte wenden !