

Dres. Med. A. Schürmann, E.Hilker, A. Liedtke-Dyong  
Fachärzte für Innere Medizin  
Warendorfer Str. 97 – 48145 Münster – Tel (0251)343 98 – Fax (0251) 391490

## Anamnesebogen des Patienten

### Patientendaten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ m / w/ d \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel.Privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer einer **Vertrauensperson im Notfall** \_\_\_\_\_

Patiententestament bzw. Vorsorgevollmacht vorhanden \_\_\_\_\_

Größe cm \_\_\_\_\_ Gewicht kg \_\_\_\_\_ wenn aktuell bekannt \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ wenn erteilt \_\_\_\_\_

Datum der letzten Darmspiegelung, wenn bekannt \_\_\_\_\_

Organspendeausweis \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?** \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?** \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

**Leiden Sie unter Allergien?** Ja Nein

Wenn ja, welche?

**Hatte Sie bereits Operationen?** Ja Nein

Wenn ja, welche/wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Liegen schwerwiegende Erkrankungen in der Familie vor?**

Vater Mutter

Geschwister

Sehr geehrte Patient\*in,

unter Berücksichtigung der EU-Datenschutzverordnung möchten wir darauf hinweisen, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der persönlichen Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, ärztliche Laborgemeinschaften, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, Ämter (z.B. Versorgungsämter) und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Sie haben jederzeit im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten das Recht ihre Einwilligung zu widerrufen.

Weitere Informationen finden Sie in dem Aushang **Patienteninformation zum Datenschutz**.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ort, Datum Unterschrift