

Aufnahmebogen (Anamnese)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um für Sie eine gezielte medizinische Behandlung zu gewährleisten, muss Ihr behandelnder Arzt über individuelle Informationen verfügen. Bitte nehmen Sie sich daher ausreichend Zeit und füllen Sie den Fragebogen so gewissenhaft wie möglich aus. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, so können Sie diese im persönlichen Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen.

Bitte beachten Sie, dass alle gemachten Angaben den strengen Vorschriften des Datenschutzes unterliegen und somit unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-/Handy-Nr.: _____

Wen dürfen wir anrufen, wenn wir Sie nicht persönlich erreichen können?

(Angehörige/Ansprechpartner mit Telefonnummer):

Krankenkasse: _____

Haben Sie eine private Krankenhaus-Zusatzversicherung?

(Ja) – Wo? _____ (Nein)



die Strahlen
Therapeuten
COBURG

Familienstand*: _____

Kinder*: _____

Konfession (Religion)*: _____

Beruf*: _____

Größe: _____ cm

aktuelles Gewicht: _____ kg

Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung abgenommen?

(Ja) – Wieviel? _____ kg

(Nein)

Zigaretten pro Tag: _____

Alkohol pro Tag: _____

Allergien: _____

Medikamente und Dosierungen:

Frühere Operationen:

Untersuchungen im letzten halben Jahr:

Untersuchung	ja	nein	wann	wo
CT				
MRT				
PET-CT				
Szintigraphie				

Liegt eine Patientenverfügung vor?

(Ja)- Bitte Kopie abgeben!

(Nein)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner o.g. Daten einverstanden. Ich kann jederzeit Auskunft über die von mir gespeicherten Daten erhalten bzw. mein gegebenes Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Coburg, den _____ Unterschrift: _____

*freiwillige Angaben