



# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

„Herzlich Willkommen in unserer Praxis“, wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis und möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit sowie unsere gesamte Kompetenz widmen.

Um Ihnen bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus und besprechen ihn – falls erforderlich – mit Ihrem Partner, ihren Eltern o.ä.

Sollte eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Beruf:

Tagsüber telefonisch erreichbar:

E-Mail:

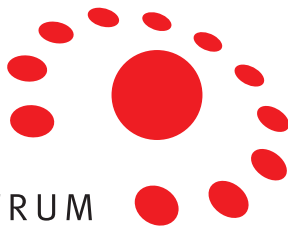
Ehemaliger Hausarzt:  
(freiwillige Angabe)

Ich habe bereits eine Patientenverfügung  
und/oder Vorsorgevollmacht erstellt.  
Diese befindet sich an folgendem Ort:

Zu Hause  
Bei meinen Kindern  
Bei meinem Rechtsanwalt/Notar

Ich bin einverstanden, telefonisch, schriftlich oder per  
E-Mail an bevorstehende Termine (z.B. CheckUp,  
Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) auch über den  
Behandlungsfall hinaus erinnert zu werden.

Ja  
Nein



**Bei mir sind folgende Krankheiten bekannt:** Keine

Cholesterin zu hoch

Schwindelanfälle

Diabetes

Blutungsneigung

Magenerkrankung

Nierenerkrankung

Asthma/chron. Bronchitis

Schlaganfall

Krebs

Bluthochdruck

Herzkrankheit

Schilddrüse

Lebererkrankung

Darmerkrankung

Rheuma

Allergien

Anfallsleiden

Sonstiges

**Ich hatte folgende Operationen:**

Herz-OP

Gefäße-OP

Krebs-OP

Schilddrüse-OP

Bruch-OP

Keine

Brust-OP

Gebärmutter-OP

Mandeln-OP

Gallenblasen-OP

Sonstiges

**Aktuelle Beschwerden:**

Durst

vermehrt

vermindert

normal

Appetit

vermehrt

vermindert

normal

Stuhlgang

Durchfall

Verstopfung

normal

Wasserlassen

mit Brennen

Startschwierigkeiten

normal

Nachts öfter

**Ich nehme regelmäßig Medikamente ein:**

ja

nein

Wenn ja, welche und wie oft?

**Größe:**

cm

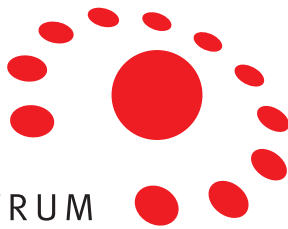
**Gewicht:**

kg

**Raucher:**

nein

ja



# Anamnesebogen

**In meiner Familie sind folgende Erkrankungen bekannt:**

Herzkrankheit/Herzinfarkt	bei wem?
Blutzuckerkrankheit	bei wem?
Schlaganfall	bei wem?
Krebs	bei wem/welche Art?

**Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:**

Lungenarzt	Kardiologe	Orthopäde
Urologe	Neurologe	Sonstiges

**Allergien:**

Penicillin	Pollen
Andere Antibiotika	Lebensmittel
Ibuprofen	
Novaminsulfon	Sonstiges:

**Wurde bei Ihnen Folgendes anerkannt:**

Pflegegrad	nein	ja, Pflegegrad
Schwerbehinderung	nein	ja, %

**KONTAKT:**

[www.diepraxis-harz.de](http://www.diepraxis-harz.de)

Klubgartenstraße 3  
38640 Goslar

Tel.: 05321 – 38 32 321  
Fax: 05321 – 38 32 322

[goslar@diepraxis-harz.de](mailto:goslar@diepraxis-harz.de)

Herzog-Wilhelm-Straße 86  
38667 Bad Harzburg

Tel.: 05322 – 53 000  
Fax: 05322 – 55 87 443

[badharzburg@diepraxis-harz.de](mailto:badharzburg@diepraxis-harz.de)



# Anamnesebogen

Nutzen Sie das Internet?            ja            nein

**Welche Selbstzahler-Leistungen interessieren Sie besonders?**

Vorsorge Herz (Kardio-Check)

Eigenbluttherapie

Vitamin-Aufbaukuren (Vit. B, Vit. C, Folsäure, Thymus-Therapie)

Leber-Check

Ultraschall der Schilddrüse, der Blutgefäße, des Herzens

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen sehr gern zur Verfügung.

**DIE PRAXIS**

**KONTAKT:**

[www.diepraxis-harz.de](http://www.diepraxis-harz.de)

Klubgartenstraße 3  
38640 Goslar

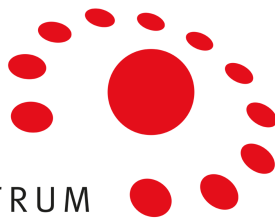
Tel.: 05321 – 38 32 321  
Fax: 05321 – 38 32 322

[goslar@diepraxis-harz.de](mailto:goslar@diepraxis-harz.de)

Herzog-Wilhelm-Straße 86  
38667 Bad Harzburg

Tel.: 05322 – 53 000  
Fax: 05322 – 55 87 443

[badharzburg@diepraxis-harz.de](mailto:badharzburg@diepraxis-harz.de)



## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch **Die Praxis** Hausärztliches Versorgungszentrum, meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

**Die Praxis Dr. med. Steffen Schmerer und Carsten Seidel**  
**Herzog-Wilhelm-Straße 86**  
**38667 Bad Harzburg**

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift





## Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden (gem. § 73 Abs. 1 b SGB V)

Vorname, Name, Geb.-Datum

Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung einholt, die anderen Ärzten und Leistungserbringern, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Ich entbinde die entsprechen Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der notwendigen Weitergabe von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand. Dies können z.B. Unterlagen wie Arztberichte, Befunde, Patientenakten, Überweisungen und andere Dokumente zum Gesundheitszustand sein.

Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung und die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

---

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche(r) Vertreter/in







## Schweigepflichtentbindung

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Übergabe der Patientenkartei

Vorname Name, geb. Datum

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte von der Schweigepflicht.

Praxisname \_\_\_\_\_

Die Patientenkartei und vorliegende Fremdbefunde sollen an DIE PRAXIS geschickt werden.

Diese Schweigepflichtenbindung kann von mir jederzeit, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden.

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift





## Vollmacht zugunsten Dritter Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

hiermit bevollmächtige ich,

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geb.-Datum

### die folgende Person/Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Herrn/Frau /Apotheke/Pflegedienst/Pflegeeinrichtung:

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Tel/Faxnummer

Der Bevollmächtigte/die Bevollmächtigte ist berechtigt, für mich Formulare, wie:

Rezepte, Überweisungen, Verordnungen, Medikamentenpläne, Krankenseinweisungen, Transportscheine in der Praxis Dr. Schmerer/Seidel persönlich abzuholen oder sich elektronisch oder schriftlich übermitteln zu lassen. Die Ärzte/Ärztinnen und Mitarbeiter/innen der Praxis sind berechtigt, dem Bevollmächtigte notwendige Auskünfte über Rezept- und Verordnungsdaten sowie über die Medikamentenpläne zu erteilen. Auskünfte über meinen Gesundheitszustand oder anderweitige meine Person betreffende Daten sind hiervon nicht erfasst.

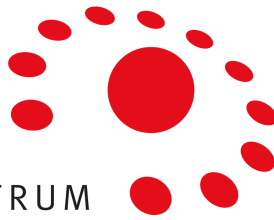
Ich entbinde die Ärzte/Ärztinnen und Mitarbeiter/innen der Gemeinschaftspraxis Dr. Schmerer und Seidel von der Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person/Einrichtung und erteile die Freigabe meiner persönlichen Daten an den Bevollmächtigten ausschließlich zu den o. g. Zwecken.

Ich bin darüber belehrt worden, dass die Praxis mit der Übergabe und Information an den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte Ihrer Informations- und Abgabepflicht nachgekommen ist und nicht für die Weitergabe an mich haftet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht und die damit verbundene Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in (gesetzliche(r) Vertreter/in, Betreuer/in)



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von **50,- € pro ausgefallener angefangener halber Behandlungsstunde** als pauschalierten Schadenersatz (§ 615 BGB) in Rechnung stellen. Dies entspricht dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine Praxisstunde in unserer Praxis. Davon ausgenommen sind Patienten, die unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert sind. Dies ist durch entsprechende Nachweise zu belegen (z.B. Unfallbericht, Krankenhauseinweisung etc).

Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

---

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche(r) Vertreter/in