

Anamnesebogen

Kapitel 1.2.1

Anamnesebogen

Name: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie helfen uns sehr, wenn Sie während der Wartezeit einige wichtige Angaben zu ihrer Person auf diesem Blatt notieren:

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

Hausarzt: _____

Beruf: _____ Schichtdienst? _____

Diabetes seit? _____

Familien Angehörige/Blutsverwandte mit Diabetes?: _____

Haben Sie Vorerkrankungen: _____

Wie ist Ihr letzter Hba1c (Langzeitzuckerwert)? _____ % Datum: _____

Haben Sie schon an einer Diabetesschulung teilgenommen?

Wenn/Wo _____

Größe: _____ cm Gewicht _____ kg Raucher: Ja _____ / tägl. Nein: _____

Wer ist ihr Augenarzt _____ letzte Untersuchung: _____

Sind Sie beim Hausarzt in das "Chronikerprogramm" DMP eingeschrieben? Ja _____ Nein _____

Wurden Ihre Füße in den vergangenen Monaten untersucht? Ja: _____ Nein: _____

Haben sie Beschwerden in den Füßen? _____

Sind Ihnen Allergien / Unverträglichkeiten bekannt? _____

Medikamentenangabe:

Nehmen Sie zuckersenkende Medikamente ein? Welche, seit wann: _____

Spritzen Sie Insulin? Welche, seit wann: _____

**Für weitere Medikamente bitte die Rückseite verwenden
Falls zur Hand, reicht uns der Verordnungszettel des Hausarztes**

Einverständniserklärung

Ich habe den ausliegenden Flyer der Praxis zur neuen Datenschutzverordnung DSGVO (vom 25.5.2018) gelesen, zur Kenntnis genommen, erkläre mich hiermit einverstanden und habe keine weiteren Fragen.

Datum: _____

Unterschrift

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.





DIABETES PRAXIS

Dr. R. Winkelmann Lind / Dr. U. Henneböhle,
Eichwaldstr. 88, 34123 Kassel, T. 0561/3165577

PATIENTENEINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

ZUM UMGANG MIT DER ÜBERMITTLUNG IHRER KONTAKT- UND GESUNDHEITSDATEN IM ZUGE DER EU-DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon FN/mobil _____

Faxnummer/E-mailadresse _____

Ich stimme hiermit der in der Praxisinformation beschriebenen Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe meiner Daten zu, insbesondere habe ich die Informationen zum Umgang mit der Übermittlung meiner Kontakt- & Gesundheitsdaten gelesen, verstanden, umfassend akzeptiert und unterschreibe nach ausreichender Bedenkzeit.

Ich willige ein, dass (bitte Zutreffendes ankreuzen, Nichtzutreffendes durchstreichen)

- mir Termine, Medikations- Insulinpläne gesendet werden per Mail Post
- für den Fall eines Inhaberwechsels, meine Daten an den neuen Inhaber weitergegeben werden

Rechte/Widerrufsrechte

Über mein Recht auf Auskunft, Löschung, Änderung, Beschwerde und Widerruf bin ich informiert. Ich weiß, dass ich jederzeit Änderungen an dieser Erklärung vornehmen kann, insbesondere an der Vollmacht für die Kontaktperson. Die Kopie dieser Einverständniserklärung wird von unserer Praxis elektronisch verarbeitet und gespeichert. Ein Exemplar der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Vollmacht Kontaktperson (Bitte Zutreffendes ankreuzen, Nichtzutreffendes streichen/
bei mehreren Kontaktpersonen bitte Rückseite nutzen)

Hiermit erteile ich folgender Person bis auf Widerruf die Vollmacht,

Name, Vorname _____

Str. Nr. PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon/Mobil _____

- Auskunft über meine gespeicherten Daten zu erhalten
- Rezepte/Insulin-/Medikamentenpläne abzuholen
- Einsicht in meine Patientenakte zu erhalten
-

Ort, Datum

Unterschrift