

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

es freut uns, wenn wir Sie bald persönlich in der Kardiologischen Facharztpraxis Dr. med. Simone Kimmel begrüßen dürfen.

Um Ihren Besuch bestmöglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Regelungen des Datenschutzes. Hinweise Hierzu finden Sie unter <https://kimmel-kardiologie.de/datenschutz/>

Ich freue mich auf Ihren Besuch bei mir,

mit herzlichen Grüßen,

Ihre Dr. med. Simone Kimmel

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz		Telefon Mobil
Größe		Gewicht
Name Hausarzt		
Adresse Hausarzt		

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

Herz- / Kreislaufkrankung ja nein

- Stent | wann und wo:
- Herzinfarkt in der Vorgeschichte
- Herzklappenersatz | welcher:
- Vorhofflimmern
- Vorhandensein eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators | wo:
- Herzschwäche/Herzinsuffizienz | seit wann:

Diabetes mellitus (Zuckerkrankung) ja nein

- Diabetes mell. Typ I
- Diabetes mell. Typ II
- insulinpflichtig

Stoffwechselerkrankung ja nein

- Hypercholesterinämie
- erhöhte Harnsäure (Gicht)

Allergie- oder Medikamentenunverträglichkeit: ja nein

- auf Blutverdünnungsmedikamente | welche:
- auf Antibiotika | welche:
- auf Schmerzmedikamente | welche:
- auf Kontrastmittel | welche:
- sonstige:

Blutgerinnungsstörungen ja nein

- Thrombose/Lungenembolie |
wann und wo:
- Blutungskomplikation in der Vorgeschichte:
- Magenblutung | wann:
- Gehirnblutung | wann:
- sonstige Blutungskomplikation | welche:

Schilddrüsenerkrankung

ja nein

Schilddrüsenunterfunktion

Schilddrüsenüberfunktion

nehmen Sie dauerhaft Schilddrüsenmedikamente ein ? :

Lungenerkrankung

ja nein

Asthma bronchiale

COPD

Lungenfibrose

Immunologische Erkrankungen

ja nein

Sarkoidose

Vaskulitis

Sonstige | welche:

Magen-Darm-Erkrankung

ja nein

Gastritis

Refluxösophagitis/Sodbrennen

Magengeschwür (Magengeschwür)

Nahrungsmittelunverträglichkeit:

Leber-/Nieren-Erkrankung

ja nein

Erhöhte Leberwerte

Erhöhte Nierenwerte

Sonstige | welche:

Erkrankung der Psyche

ja nein

Welche:

Erkrankung des Nervensystems

ja nein

Welche:

Sonstige Erkrankung

ja nein

Krebserkrankungen | welche, wann: _____
(auch ausgeheilte)

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hep B / C, Tbc)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (ggf. Medikationsplan mitbringen)

welche und wann: _____

Gab es in der Familie (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen:

ja

nein

Herzinfarkt vor dem 60. Lj.

Schlaganfall vor dem 60. Lj.

Plötzlicher Herztod

Allgemeine Angaben

	ja	nein
Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ein Informationsblatt zum Datenschutz für Patientinnen und Patienten wird mir auf Wunsch ausgehändigt und ist auch unter <https://kimmel-kardiologie.de/datenschutz/> abrufbar.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. Simone Kimmel die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde, insbesondere einen Arztbrief an die von mir angegebenen Ärzte (Hausarzt und Fachärzte) zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung **übermittelt**. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. Simone Kimmel bei meinen Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung in der Praxis Dr. med. Simone Kimmel erforderlich sind, **anfordern** kann. Insbesondere die Anforderung beim Hausarzt ermöglicht es der Praxis Dr. med. Simone Kimmel, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus dessen zentraler Dokumentation zu erhalten.

- Ja
- Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (Krankenhäuser/Psychotherapeuten/Apotheken/ usw.) zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und auch an diese übermittelt werden dürfen.

- Ja
- Nein

Ich wurde darüber aufgeklärt und es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt die Datenverarbeitung rechtmäßig.

Neustadt an der Aisch, den _____

Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Mein Hausarzt/vor-/mit-/nachbehandelnder Arzt ist/sind

(Name und Anschrift des Hausarztes/vor-/mit-/nachbehandelnden Arztes)

Folgende Personen dürfen Gesundheitsdaten wie Rezepte, Überweisungen oder Arzt-briefe abholen und Auskunft über meine Daten erhalten:

Ich wurde darüber aufgeklärt und es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt die Datenverarbeitung rechtmäßig.

Neustadt an der Aisch, den _____

Unterschrift