



Hausarztpraxis am Ossietzkyplatz

Dr. med. Andrea Hering, Dr. med. Johanna von Mechow,
Dr. med. Andreas Mayerhofer

Dietzgenstraße 17
13156 Berlin
Tel. 030 / 4764597

Anamnesebogen

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen, Ihren Impfausweis, Medikationsplan, den letzten Laborbefund und andere wichtige Krankenunterlagen aus den letzten 3 Jahren zu Ihrem Erstgespräch mit in die Praxis.

Persönliche Angaben

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

☐ Ich möchte per Mail an meine Termine erinnert werden.

Adresse: _____

Angaben zur Krankenversicherung

Ich bin

☐ gesetzlich versichert

☐ privat versichert

Name der Krankenversicherung: _____

Eigenanamnese: Bitte schreiben Sie alle wesentlichen Krankheiten, Unfälle und Operationen mit Jahresangabe auf.

Allgemeinanamnese

Größe: _____ Gewicht: _____

Haben Sie Allergien?

☐ nein ☐ ja, gegen _____

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten?

☐ nein ☐ ja, folgende _____

Rauchen Sie?

☐ nein ☐ ja, _____ Zigaretten pro Tag, seit _____

Trinken Sie Alkohol?

☐ nein ☐ ja, (Wie häufig, wie viel und was?) _____

Nehmen Sie andere Drogen?

☐ nein ☐ ja, folgende _____

Ich habe eine/n ☐ Herzschrittmacher ☐ Defibrillator ☐ künstliche Herzklappe.

Haben Sie künstliche Gelenke?

☐ nein ☐ ja, folgende _____

Familienanamnese: Bitte nennen Sie wesentliche Erkrankungen bei Eltern, Geschwistern und Großeltern (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen, Erbkrankheiten).

Berufsanamnese: Nennen Sie kurz Ihre beruflichen Tätigkeiten und eventuelle gesundheitliche Gefährdungen (z. B. giftige Stoffe mit denen Sie bei der Arbeit Kontakt haben).

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder auch gelegentlich ein? Bitte legen Sie, falls vorhanden, eine Kopie Ihres Medikationsplanes bei.

Sollten Sie eine Rezeptgebührenbefreiung haben, legen Sie uns diese bitte vor, damit wir einen entsprechenden Vermerk in Ihrer Akte machen können.

Sozialanamnese

Ich bin ☐ ledig ☐ alleinlebend ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ alleinerziehend.

Kinder (Wie viele? Wie alt?): _____

Gesetzl. Betreuer*in: _____

Schwerbehinderung: _____ Pflegegrad: _____

Hauskrankenpflege: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht? ☐ ja ☐ nein

Behandelnde Fachärzt*innen: Bitte nennen Sie uns die Fachärzt*innen bei denen Sie in den letzten 3 Jahren in Behandlung waren oder noch in Behandlung sind.

Im Notfall zu benachrichtigen:

Vor- und Nachname: _____

Telefonnummer: _____

Einverständniserklärung

über die Berechnung nicht eingehaltener Untersuchungstermine

Liebe*r Patient*in,

Für alle mit Ihnen vereinbarten Termine halten wir uns die jeweils notwendige Gesprächs- und Untersuchungszeit nur für Sie frei und dürfen Sie deshalb bitten, diesen Termin unbedingt einzuhalten. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, den vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre **Verhinderung mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn mitteilen**.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen eine **Ausfallgebühr in Höhe von 35 – 70 €** pro nicht erfolgter Gesprächs- oder Untersuchungseinheit in Rechnung stellen werden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Berlin, den _____

(Unterschrift der*s Patient*in bzw.
gesetzlichen Vertreter*in)



Patienteninformation

Einwilligungserklärung in die Übermittlung von Rezepten und Verordnungen

Liebe*r Patient*in,

der Schutz Ihrer Daten ist uns in unserer Praxis besonders wichtig. Wir müssen im Rahmen Ihrer Behandlung aber personenbezogene Daten, wie z. B. Ihr Alter, Ihre Krankenkasse, Ihre Diagnose usw. unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen erheben und verarbeiten.

Wir dürfen Rezepte, Verordnungen und Ähnliches nur an Sie persönlich herausgeben. Wenn Sie möchten, dass wir diese auch an Dritte (z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen) herausgeben, benötigen wird dazu Ihre schriftliche Einwilligung.

Die Person, die für Sie z. B. ein Rezept oder eine Verordnung entgegennimmt, muss sich entsprechend ausweisen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente ein Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild möglich ist.

Daher bitten wir Sie auch in Ihrem eigenen Interesse um folgende Einwilligung, die Sie bitte vor Unterzeichnung sorgfältig lesen:

Hiermit willige ich,

Nachname, Vorname: _____

geboren am _____

ein, dass im Rahmen meiner Behandlung in der Praxis am Ossietzkyplatz

- ☐ Rezepte
- ☐ Überweisungen
- ☐ Verordnungen
- ☐ Medikationspläne
- ☐ Verordnungen

☐ _____

an

- ☐ Angehörige

- ☐ Mitarbeitende des Pflegedienstes, Seniorenheims etc.

- ☐ Apotheke

- ☐ weitere Personen

- ☐ übermittelt bzw. übersendet werden dürfen.
☐ von diesen abgeholt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Berlin, den _____

(Unterschrift der*s Patient*in bzw.
gesetzlichen Vertreter*in)