



Dr. Fecher & Kollegen

ORTHOPÄDIE · SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

TEL. 0 60 21 / 58 03 10

Anamnesebogen

Name..... Vorname.....

Geb.datum

Adresse

.....

Krankenkasse.....

Telefon / Handy.....

E-Mail.....

Beruf.....

Hausarzt (Name und Adresse).....

.....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Empfehlung Vortrag Zeitung /Presse

**Aufgrund welcher Beschwerden erfolgt die Vorstellung
und seit wann bestehen die Schmerzen?**

.....

.....



Dr. Fecher & Kollegen

ORTHOPÄDIE · SPORTMEDIZIN

WWW.DR-FECHER.DE

TEL. 0 60 21 / 58 03 10

Allergien?

NEIN

JA , und zwar auf

Einnahme von Medikamenten? NEIN

JA, und zwar.....

Leiden Sie an einer Grunderkrankung?

Schilddrüse

Epilepsie

AIDS

Durchblutungsstörung

Herzerkrankung

Bluthochdruck

Hepatitis

Diabetes Typ

Besteht bei Ihnen eine private Zusatzversicherung für das Krankenhaus?

Chefarztbehandlung

1-Bett Zimmer

2-Bett-Zimmer

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich erkläre mich einverstanden, dass

1. mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt

2. der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt

Es ist mir bekannt, dass ich die Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreter