



ANAMNESEBOGEN

PERSÖNLICHE DATEN

ggf. gesetzliche/-r Vertreter/-in

Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Beruf	Krankenkasse	Haus-/ Kinderärzt:in	Größe	Gewicht
E-Mail	Telefon		Mobil	
Sind Sie in einer privaten Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche? _____		
Ggf. Zimmerart:	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	Sind Sie für Walleistungen versichert?	Chefärzt:inbehandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Jetzige Beschwerden: _____				

VORERKRANKUNGEN

1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	2. Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	11. Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja: insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. Atemwegs-erkrankungen:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	allergisches Asthma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit (KHK)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. Grüner Star	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lungenemphysem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sonstige: _____	
Herzschrittmacher vorhanden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. erhöhte Leberwerte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Defibrillator vorhanden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
13. Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche	_____		
14. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche	_____		



15. Infektionen (z.B. MRSA, MRGN) wenn ja, welche _____

16. Allergien wenn ja, welche _____ und wann erfolgte der letzte Allergietest? _____

Ja Nein

17. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom wenn ja, CPAP BIPAP APAP

18. Körperliche /geistige Behinderung wenn ja, welche _____

19. Sonstige Erkrankungen (z.B. Demenz, Bandscheibenvorfall, Parkinson, Depression etc.) wenn ja, welche _____

20. Wurden Sie schon einmal operiert? wenn ja, welche Operationen wurden bereits durchgeführt? _____

21. Waren Sie schon einmal wegen eines Problemkeimes (resistenten Keimes) in ambulanter / stationärer Behandlung?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein vielleicht wenn ja, welche SSW: _____

Konsumieren Sie regelmäßig? Alkohol Nikotin Drogen nichts dergleichen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (z.B. ASS, Marcumar):

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass alle Ärzt:innen des Meliva Gelenkzentrums (oder deren Vertreter) Zugang zu Ihren medizinischen Daten haben, sofern dies zu Ihrer Behandlung erforderlich ist.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse auch zu Informationszwecken durch das Meliva Gelenkzentrum genutzt werden darf. (Nähere Informationen erhalten Sie in den Patenteninformationen zum Datenschutz.)



Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass

- die Gelenkzentrum Rhein-Main GmbH meine Daten gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO an das Zentrum für Histologie, Zytologie und Molekularpathologie Wiesbaden (Ludwig Erhard Straße 100, 65199 Wiesbaden) und/oder das MVZ Dr. med. Helge Riegel GmbH (Kreuzberger Ring 60, 65205 Wiesbaden) zur Durchführung und Abwicklung von Laboranalysen im Rahmen der Behandlung übermittelt.
- mein behandelnder Arzt der Gelenkzentrum Rhein-Main GmbH meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führender Dokumentation der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- 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.

Hausarzt (Name + Adresse): _____

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung/Einwilligung freiwillig erfolgt und jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Nähere Informationen zu den Datenverarbeitungen der Gelenkzentrum Rhein-Main GmbH können der Datenschutzhinweise für Patienten entnommen werden.

Ich bestätige, dass meine o.g. Angaben korrekt sind und ich auf die Verarbeitung meiner Daten hingewiesen wurde.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin/Patient
(oder seiner gesetzlichen Vertreter bei unter 18-Jährigen oder Geschäftsunfähigen)