

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der INEA Radiologie Löbau, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und qualifizierte Diagnosestellung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Für die bessere Lesbarkeit verwenden wir die männliche Form, sprechen damit aber alle Geschlechter an.

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße • Hausnummer

PLZ • Ort

Beruf*

Telefon (mobil)**

Wie können wir Sie tagsüber erreichen?

E-Mail**

VERSICHERTER (falls abweichend vom Patienten)

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Telefon (privat)

Straße • Hausnummer

PLZ • Ort

* Freiwillige Angabe – es gibt Erkrankungen, die ausschließlich oder gehäuft bei bestimmten Berufen auftreten. Ihre Angabe kann die Diagnosestellung erleichtern.

** Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Größe • Gewicht _____

Haben Sie Metalle oder Implantate im und am Körper?

Nein Ja Wenn ja, zeigen Sie uns bitte Ihren Implantatausweis und kreuzen Sie Zutreffendes an.

Herzschrittmacher • Defibrillator

Gefäßstützen (Stents) • Gefäßclips

Eventrekorder

Metallsplitter

Herzklappenersatz

Tätowierungen • Piercings

Medikamentenpumpe (z.B. Insulinpumpe)

Schrauben • Platten • Nägel

Cochlea-(Innenohr)implantat

Künstliche Gelenke _____

Elektrische Stimulationsgeräte

Sonstige _____

Shunt

magnetisch fixierte Zahnprothesen

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt, z.B. Kontrastmittel • Medikamente?

Nein Ja, folgende _____

Gab es Probleme bei früheren MRT- oder CT-Untersuchungen?

Nein Ja, folgende _____

Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?

Nein Ja Wenn ja, sind Sie dialysepflichtig? Nein Ja

Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung? Nehmen Sie regelmäßig Schilddrüsenmedikamente ein?

Nein Ja, folgende _____

Nehmen Sie Medikamente gegen hohen Blutzucker (Diabetis mellitus) ein?

Nein Ja, folgende _____

Leiden oder litten Sie an einer Krebs- oder Tumorerkrankung?

Nein Ja, folgende _____

Wurden Sie operiert? Bitte listen Sie in diesem Fall die Eingriffe mit Operationsjahr auf.

Nein Ja, folgende _____

Leiden Sie an einer chronischen Infektionserkrankung? (z.B. HIV • Tuberkulose • Hepatitis)?

Nein Ja, folgende _____

Wurde bei Ihnen in den letzten zwei Monaten Blut abgenommen?

Nein Ja Wenn ja, in welcher Einrichtung _____

Sind Sie schwanger?

Nein Ja

Stillen Sie?

Nein Ja

ALLGEMEINE HINWEISE

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen rechtzeitig mitzuteilen.

Ort • Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN

*Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort • Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit.

Ihr Team der INEA Radiologie in Löbau

praxis@inea-radiologie.de
inea-radiologie.de

TEL 03585 80490
FAX 03585 804931

Poststraße 20
02708 Löbau

Dr. med. Jost K. Kloth
Facharzt für Radiologie