



Diazen Bergstrasse

# Anamnesebogen 1.2.1.1 (Stand 1/2025)



Name PatientIn:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	Email:
Hausarzt: Ja <input type="checkbox"/> Name: _____ Nein <input type="checkbox"/>	
Größe:	Gewicht:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Seit wann?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
Wunden:			

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf oder geben Ihren Medikamentenplan ab!
Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?	Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:
Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	1.
	2.
	3.

Leiden Sie an Allergien?	Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Nehmen Sie an einem DMP (Chroniker-Programm) teil?	Wenn ja, kreuzen Sie bitte zutreffendes an:
Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Diab. mell. Typ 1 <input type="checkbox"/>
	Diab. mell. Typ 2 <input type="checkbox"/>
	Koronare Herzkrankheit <input type="checkbox"/>
	Asthma bronchiale <input type="checkbox"/>
	COPD <input type="checkbox"/>

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?	
1.	2.
3.	4.

Aktuelle Beschwerden:



Diazen Bergstrasse

**Einverständniserklärung Datenspeicherung,  
Datenweitergabe  
1.2.1.2  
(Stand 1/2025)**



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus datenschutzrechtlichen Vorgaben müssen wir um Ihr u.s. Einverständnis zur Datenspeicherung bitten, vielen Dank.

## **Einverständniserklärung Datenspeicherung/ Datenweitergabe**

**Ich,**

---

(Vor- und Nachname)

---

(Straße und Hausnummer)

---

(PLZ und Wohnort)

bin damit einverstanden, dass meine **Daten** und **Fotografien (klinische Befunderhebung)**, die im Rahmen meiner Behandlung erstellt werden, im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen gespeichert werden.

Ebenso bin ich damit einverstanden, dass meine **Daten** und **Fotografien (klinische Befunderhebung)** im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen **weitergegeben** werden können an

- mitbehandelnde Krankenhäuser
- mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte
- Angehörige (Ehepartner, Kinder, Eltern)
- mitbetreuende Apotheken
- mitbetreuende Pflegedienste
- die persönliche Krankenversicherung

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich die grundsätzliche Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Bensheim, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

*Wir weisen darauf hin, dass wir, das gesamte Team des Diazen Bergstrasse, der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen sowie die datenschutzrechtlichen Vorgaben bei der Verwaltung der Patientendaten beachten.*