

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in der Lutrina Klinik Ambulanz begrüßen zu dürfen!
Um einen effizienten Ambulanzablauf zu ermöglichen, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vollständig und in Druckstuchstaben aus.

1. IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

▶ Name	▶ Vorname
▶ Geboren am	▶ Geschlecht
▶ Straße und Hausnummer:	▶ PLZ und Ort
▶ Telefon privat	▶ Telefon mobil
▶ E-Mail	▶ Beruf
▶ Entfernung des Wohnortes (km)	

2. IHRE KRANKENGESCHICHTE

Hatten Sie einen Arbeits-, Wege- oder Schulunfall?

- ja → Wenn ja, welchen: Arbeitsunfall Wegeunfall Schulunfall
- nein

Wegen welcher Beschwerden sind Sie bei uns?

▶

▶ Name des Hausarztes	▶ Telefonnummer des Hausarztes
▶ Adresse des Hausarztes	

Ist eine Pflegestufe vorhanden?

- ja → Wenn ja, welche: 1 2 3 4 5
- nein

Besteht derzeit eine Schwangerschaft?

- ja
- nein

→ 3. IHRE ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Selbstzahler
- Kostenerstattungsverfahren

▶ _____
Name der Versicherung

**Haben Sie eine private Zusatzversicherung?
Dann bitte ausfüllen:**

- | | | |
|--|-------|---|
| <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung | | <input type="checkbox"/> 1-Bett Zimmer |
| <input type="checkbox"/> Belegarztbehandlung | | <input type="checkbox"/> 2- Bett Zimmer |
| | | <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer |

Nur auszufüllen bei Privatversicherung:

- | | | |
|---|---------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Reduzierter Tarif | Wenn ja, zu welchem Satz? | ▶ _____ |
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung | Wenn ja, welche Beihilfestelle? | ▶ _____ |

Allgemeine Datenschutzvereinbarungen

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gemäß §73. Abs.1b SGB V

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an Überweiser oder weiterbehandelnde Einrichtungen z.B Reha-Klinik übermittelt zwecks Weiterbehandlung und Dokumentation
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Überweiser oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde einholt und für die Zwecke der zu erbringenden Ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt
- es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann
- für andere als die oben genannten Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen
- mein Vor- und Nachname per Aufrufsystem im Praxiswartezimmer sowie im Foyer (öffentlicher Bereich) auf dem Bildschirm erscheint

Hinweis: Medizinische Dokumentationen und /oder Befunde dürfen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht per E-Mail versendet werden.

Vollmacht (optional)

Der nachstehend genannten Person(en) erlaube ich Unterlagen (Rezepte, Überweisungen, Befunde, usw.) für mich/ meine Kinder /meiner zu betreuenden Person in der Praxis abzuholen.



Name



Vorname

Wir bitten Sie folgendes zu beachten!

Bei nicht rechtzeitiger Absage eines vereinbarten Termins fällt eine Ausfallpauschale von 25,00 € an.

Bitte bestätigen Sie mit einer Unterschrift, dass alle getätigten Angaben von Ihnen verstanden, wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt wurden.

Kaiserslautern, ▶

Datum



Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!