

ANAMNESEBOGEN GEFÄßCHIRURGIE



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen bei EOLIA.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen bei Ihrem ersten Besuch aus.
Bitte beachten Sie die beigefügte Information zum Datenschutz. Ihre Angaben unterlie-
gen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

EOLIA
DR. BENSCH & KOLLEGEN

GEFÄßCHIRURGIE
LYMPHOLOGIE
ALLGEMEINMEDIZIN

MAINZ I BAD KREUZNACH

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon (tagsüber)

E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kon-
taktierung zu medizinischen Sachverhalten
über dieses Medium wünschen

Beruf *Freiwillige Angabe – dient der optimalen
und individuellen Diagnose sowie Therapie-
planung

Krankenversicherung

Medikamenteneinnahme (regelmäßig)

Allergien

Sonstige wichtige Angaben (Operationen, chronische Erkrankungen, Diabetes, etc.)

Sind Sie schon einmal an den Venen operiert worden? Ja Nein

Falls ja, wann und wo? _____

*Freiwillige Angabe – insofern die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bzgl. einer Einwilligung auf Sie zu

Warum kommen Sie in unsere Praxis? _____

*Freiwillige Angabe – diese Angabe ist für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem|r Hausarzt|-ärztin, ggf. auch Ihrem über-
weisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstan-
den sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihre|n Hausarzt|-ärztin, überweisende|n Arzt|Ärztin zu nennen und mitzuteilen, ob Sie mit der
Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Hausarzt Ja Nein

Praxisname | Anschrift | Telefon

Überweiser Ja Nein

Praxisname | Anschrift | Telefon

Ort | Datum

Unterschrift

BITTE WENDEN

Wir möchten die Wartezeiten in unserer Praxis so kurz wie möglich halten. Bitte sagen Sie Ihren Termin rechtzeitig ab, falls Sie verhindert sind – gerne per E-Mail oder per Telefon. Wir sind berechtigt, Ihnen die Kosten für einen unentschuldig ausgefallenen Termin privat in Rechnung zu stellen.

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 EOLIA-Team.