



## Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 bitte füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne  
 an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Adresse) \_\_\_\_\_

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt) \_\_\_\_\_

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte)

Ja, bei einem anderen Hausarzt \_\_\_\_\_

Nein

### Was ist Ihr aktueller Anlass? Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. erläutern.

Schmerzen wo und mit welcher Schmerzintensität?  
 (1 = sehr geringer Schmerz  
 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

\_\_\_\_\_

Übelkeit/Erbrechen

Fieber

andere akute Beschwerden \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

andere akute Beschwerden, die ich erst  
 im Arztgespräch benennen möchte

Ich habe zurzeit keine Beschwerden.  
 Ich wünsche nur

Vorsorge  Kontrolle  Beratung

### Kinderkrankheiten

Masern

Windpocken

Röteln

Ich weiß es nicht

Sonstige \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Ernährungsgewohnheiten

Mischkost

Vegetarisch

Vegan

Sonstige \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Operationen / Unfälle

Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

### Chronische Erkrankungen

Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

### Bekannte Allergien

Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

### Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden, jetzt nicht akut

Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

### Dauermedikamente

(auch Pille und Medikamenten-/Hormonpflaster)

Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen  
 inkl. Name und Dosierung)

### Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

Drogen Beginn: \_\_\_\_\_

Alkohol Beginn: \_\_\_\_\_

Zigaretten Beginn & Anzahl/Tag: \_\_\_\_\_

### Impfpass vorhanden?

Nein  Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

### Soziale Anamnese

Nicht berufstätig  Selbstständig  Schüler/Ausbildung

Elternzeit  Beschäftigt in Vollzeit  Beschäftigt im Schichtdienst

Rentner  Beschäftigt in Teilzeit

### Wohnsituation

Alleine  Mit Familie  Betreutes Wohnen  Seniorenheim

### Sonstiges

#### Pflegegrad

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

#### Schwerbehinderung

Nein  Ja, GdB in % \_\_\_\_\_

### Durchgemachte schwere Erkrankungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Letzter Check-up

Allgemeinarzt, im Jahr: \_\_\_\_\_

Hautarzt, im Jahr: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Krebsvorsorge  
 beim Frauenarzt, Urologen, im Jahr: \_\_\_\_\_

### Sonstige Angaben

Arm-/Beinprothese

Stoma

Herzschrittmacher

Port

Zahnprothese

Hörhilfe

Brille/Kontaktlinsen

Shunt, wo? \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Sonstige wichtige Informationen

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift



### Martin F. J. Bauer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (Mitglied / empf. Untersucher DGSP)  
Akupunktur, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Tauchtauglichkeitsuntersucher (GTUM e. V.), Reisemedizin  
Psychosomatische Grundversorgung, Hausärztliche Versorgung, Notarzt, Medizinischer Gutachter  
Hauptstraße 71 • 12159 Berlin, Tel: (030) 810 309 55 -0 • Fax: - 9  
team@hausarzt-bauer.eu • www.hausarzt-bauer.eu

## Anlage zum Anamnesebogen

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

### Chronische Erkrankungen

#### Lungenerkrankung

- Asthma       COPD       Lungenkrebs       Sarkoidose  
 Andere \_\_\_\_\_

#### Hauterkrankung

- Neurodermitis       Schuppenflechte       Andere \_\_\_\_\_

#### Herz-Kreislauf-Erkrankung

- Bluthochdruck       Schlaganfall       Herzinfarkt       Angeb. Herzfehler       Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)  
 Andere \_\_\_\_\_

#### Neurologische Erkrankung

- Epilepsie       MS       Parkinson       Demenz       Depressionen       Schizophrenie  
 Andere \_\_\_\_\_

#### Stoffwechselerkrankung

- Diabetes       Hohes Cholesterin       Schilddrüsenerkrankung       Gicht  
 Andere \_\_\_\_\_

#### Geschlechtskrankheiten

- HIV       Syphilis       Andere \_\_\_\_\_

#### Sonstiges

- Grüner Star       Rheuma       Chronische Hepatitis       Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit  
 Krebserkrankungen \_\_\_\_\_  
 Leber-/Nierenerkrankungen \_\_\_\_\_  
 Andere \_\_\_\_\_

### Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden

- Herzstolpern       Häufige Infekte       Menstruationsbeschwerden  
 Blut im Urin       Rückenschmerzen       Probleme beim Wasserlassen/-halten  
 Blut im Stuhl       Verstopfung/Durchfälle       Seelische/nervöse Beschwerden  
 Andere \_\_\_\_\_

### Allergien

- Wespen-/Bienengift       Allergischer Schock in der Vergangenheit  
 Medikamente \_\_\_\_\_  
 Lebensmittel \_\_\_\_\_  
 Andere \_\_\_\_\_

### Operationen

- Herz       Bauch (bitte erläutern)       Bewegungsapparat  
 Gefäße      \_\_\_\_\_       Künstliche Gelenke  
 Wirbelsäule (bitte erläutern)      \_\_\_\_\_       Andere \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

### Medikamente (möglichst mit Dosierung)

#### Medikamentenplan vorhanden?

- Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)  
 Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Marcumar?

- Ja (bitte legen Sie uns Ihren Marcumar-Pass vor)  
 Nein

### Sonstige wichtige Informationen

Blank area for additional information.



## Martin F. J. Bauer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (Mitglied / empf. Untersucher DGSP)  
Akupunktur, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Tauchtauglichkeitsuntersucher (GTÜM e. V.), Reisemedizin  
Psychosomatische Grundversorgung, Hausärztliche Versorgung, Notarzt, Medizinischer Gutachter  
Hauptstraße 71 • 12159 Berlin, Tel: (030) 810 309 55 -0 • Fax: - 9  
team@hausarzt-bauer.eu • www.hausarzt-bauer.eu

## Datenschutzerklärung

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendatengem. § 73 Abs. 1 b SGB V

- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- Ich erkläre die Anlage - Patienteninformationen zum Datenschutz gelesen zu haben.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt. Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis:

Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

# **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung / Datenschutzbeauftragter ist:  
Martin Bauer, Hauptstr. 71, 12159 Berlin, team@hausarzt-bauer.eu.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN:

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN:

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE:

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Alt-Moabit 59-61, 10555 Berlin, Tel.: +49 30 13889-0, Fax: +49 30 215 50 50, E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Hausarzt-Praxis Martin Bauer  
Hauptstr. 71, 12159 Berlin  
T: (030) 81 030 95 -50, F: -57  
team@hausarzt-bauer.eu