

Aufnahmebogen (Anamnese)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um für Sie eine gezielte medizinische Behandlung zu gewährleisten, muss Ihr behandelnder Arzt über individuelle Informationen verfügen. Bitte nehmen Sie sich daher ausreichend Zeit und füllen Sie den Fragebogen so gewissenhaft wie möglich aus. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, so können Sie diese im persönlichen Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen.

Bitte beachten Sie, dass alle gemachten Angaben den strengen Vorschriften des Datenschutzes unterliegen und somit unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-/Handy-Nr.: _____

Wen dürfen wir anrufen, wenn wir Sie nicht persönlich erreichen können?

(Angehörige/Ansprechpartner mit Telefonnummer):

Krankenkasse: _____



die **Strahlen
Therapeuten**
COBURG

Größe: _____ cm aktuelles Gewicht: _____ kg

Allergien: _____

Medikamente und Dosierungen:

Frühere Operationen:

Untersuchungen im letzten halben Jahr:

Untersuchung	ja	nein	wann	wo
CT				
MRT				
PET-CT				
Szintigraphie				

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner o.g. Daten einverstanden. Ich kann jederzeit Auskunft über die von mir gespeicherten Daten erhalten bzw. mein gegebenes Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Coburg, den _____ Unterschrift: _____