



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Zimmernummer: _____ Telefon: _____

Anreisedatum: _____ Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Herz-Schrittmacher | <input type="checkbox"/> Osteoporose (Knochenbrüchigkeit) |

Aktuelle Beschwerden:

1. _____

2. _____

Sonstige Erkrankungen/Allergien:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn „Ja“, welche?

Ja 1. _____ 3. _____ 5. _____ 7. _____

Nein 2. _____ 4. _____ 6. _____ 8. _____

Ja, ich nehme **blutverdünnende Medikamente** ein, diese heißen: _____

Haben Sie künstliche Gelenke? Wenn „Ja“, wo?

Ja 1. _____ 3. _____

Nein 2. _____ 4. _____

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn „Ja“, welche?

Ja 1. _____ 3. _____

Nein 2. _____ 4. _____

Nächster Angehöriger oder Person, die wir im Notfall informieren sollen:

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Adresse: _____



Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Sehr geehrte Damen und Herren,
um einen reibungslosen Ablauf während Ihres Aufenthaltes gewährleisten zu können, arbeiten wir mit externen Dienstleistungsunternehmen zusammen. Dafür werden in geeignetem Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Unternehmen weitergeleitet.

Externe Dienstleistungsunternehmen

Labor

Dr. Staber & Kollegen
Herkules Straße 34 A • 34119 Kassel

EDV

it-R Informations-Technologien GmbH
Kreuzhofstr. 1 • 88161 Lindenberg

- Blutproben
- Vor- und Nachname
- Geburtsdatum
- Fernwartung für EDV
- Vor- und Nachname, Patientennummer
- Geburtsdatum, Geschlecht

Ich willige ein, dass das Gesundheitszentrum Helenenquelle im Rahmen der Erforderlichkeit meine personenbezogenen Daten an die o.g. Dienstleistungsunternehmen übermittelt.

Nach Erledigung der Aufgaben von den externen Dienstleistungsunternehmen werden die Daten gelöscht und nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen vernichtet.

Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab und mir ist bekannt, dass ich jederzeit ohne Angaben von Gründen meine Einwilligung widerrufen kann. Der Widerruf ist an das Gesundheitszentrum Helenenquelle zu richten, gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs und nicht rückwirkend. Die Datenverarbeitung bleibt bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig.

Bad Wildungen, den _____

Unterschrift (Patient/in): _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!