

Anamnesebogen

Name, Vorname des Patienten

Geb.-Datum des Patienten

Straße, Hausnummer, PLZ und Wohnort des Patienten

Name der Krankenkasse / Hauptversicherte(r), ggf. mit Adresse falls abweichend

Telefonnummer des Patienten privat, mobil/ E-Mail Adresse

Hat der Patient Vorerkrankungen?

Leidet der Patient unter Allergien?

Gibt es besondere Erkrankungen in der Familie? (z.B. Gerinnungsstörungen)

Name des Kinderarztes oder Hausarztes

Kinderchirurgische Praxis
Dr. med. Julia Kössler-Ebs
Dr. med. Hans-Peter Hohl
Fachärzte für Kinderchirurgie, D-Ärzte
Fahrtgasse 7-13, 69117 Heidelberg
Tel. 06221-169292

Anästhesiologische Praxis
Dr. med. Eva Christine Hohl
Fachärztin für Anästhesiologie
Fahrtgasse 7-13, 69117 Heidelberg

Einverständniserklärung

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

Ich, _____,
Name des Patienten (Name, Vorname, Geb. Datum, Wohnort)

erkläre mich damit einverstanden, dass

- der behandelnde Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der zu führenden Dokumentation und Weiterbehandlung an meinen Hausarzt/Kinderarzt und soweit erforderlich an andere behandelnde Ärzte und Kliniken übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt/Kinderarzt oder anderen Ärzten/Kliniken, die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Untersuchung nutzt.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Pat./ gesetzlichen Vertreters)