

A n a m n e s e - Hochschulambulanz für Naturheilkunde

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____
Tel.: (privat / dienstlich): _____ E-Mail Adresse: _____
Beruf/ jetzige Tätigkeit: _____ Anzahl der Kinder: _____
Alter: _____ Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? (auch gelegentliche Medikamente)

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Operationen oder Krankenhausaufenthalte?

Nein / Ja welche:

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten? Bitte kreuzen Sie an.

Diabetes mellitus:.....	Nein <input type="checkbox"/> /Ja <input type="checkbox"/>	Herzinfarkt:.....	Nein <input type="checkbox"/> /Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen:.....	Nein <input type="checkbox"/> /Ja <input type="checkbox"/>	Schlaganfall:....	Nein <input type="checkbox"/> /Ja <input type="checkbox"/>
Hepatitis B oder C:.....	Nein <input type="checkbox"/> /Ja <input type="checkbox"/>	Asthma:.....	Nein <input type="checkbox"/> /Ja <input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte:.....	Nein <input type="checkbox"/> /Ja <input type="checkbox"/>	Rheuma:.....	Nein <input type="checkbox"/> /Ja <input type="checkbox"/>
Arthrose:.....	Nein <input type="checkbox"/> /Ja <input type="checkbox"/>	Wo: _____	
Krebserkrankungen:.....	Nein <input type="checkbox"/> /Ja <input type="checkbox"/>	Welche: _____	
Nahrungsmittelunverträglichkeiten:....	Nein <input type="checkbox"/> /Ja <input type="checkbox"/>	Welche: _____	
Rauchen Sie:.....	Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/>	_____ pro Tag	

Nehmen Sie Blutgerinnungshemmende Mittel? Nein /Ja Welche: _____

Allergien:.....Nein /Ja Welche: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Patienten – Datenübermittlung

Liebe Patienten,

unsere Einrichtung bietet Ihnen die Möglichkeit, Untersuchungsergebnisse, Befunde oder Auskunftersuche in elektronischer Form bereitzustellen.

Hierbei geht es nicht um die Übersendung an externe Behandler, sondern um die interne Kommunikation mit Ihnen.

Name	Vorname	Anschrift
Telefon	Fax	E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir angegebenen Kontaktdaten korrekt sind. Des Weiteren erteile ich meine Einwilligung, dass die Immanuel Krankenhaus GmbH mir auf meinen Wunsch hin die Daten übermitteln darf.

Berlin, den

Unterschrift

Hinweis

Wir weisen daraufhin, dass eine unverschlüsselte E-Mail ggf. von jedermann mitgelesen werden kann. Aus diesem Grund benötigen wir Ihr explizites Einverständnis.

Einwilligung

Mit meiner Unterschrift nehme ich den Hinweis zur Kenntnis und gebe meine Einwilligung zum Versand einer unverschlüsselten E-Mail an die von mir angegebene E-Mail-Adresse.

Berlin, den

Unterschrift