

2.2.7.	<b>Lungenzentrum Geesthacht Qualitätsmanagement</b>	Formularwesen Patientenfragebogen
--------	---	--------------------------------------

### Anamnesebogen

Bitte nehmen Sie sich mit der Beantwortung Zeit und fragen Sie im Zweifel unsere Schwestern!

<b>Name:</b> wohnhaft in _____	<b>Geburtsdatum:</b> _____
-----------------------------------	-------------------------------

**Aktuelle Telefonnummer: Privat:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_ **Wer ist Ihr Hausarzt?** \_\_\_\_\_

**Wer ist der überweisende Arzt (falls abweichend vom Hausarzt):** \_\_\_\_\_

- Vorerkrankungen: (Beispielsweise Diabetes mellitus, Bluthochdruck, etc):
  
- Operationen: Wenn ja, welche?
- Allergien: Wenn ja, welche?
- Bekannte Lungenerkrankungen:
- Welche Beschwerden haben Sie und seit wann?
  
- Sind Sie termingerecht oder als zu früh geborenes Kind zur Welt gekommen?  
 Termingerecht    Zu früh geboren    Unbekannt
- Welche Medikamente nehmen Sie ein?
  
- Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?  
 Nein       Aufgehört, Seit wann? \_\_\_\_\_ Früher \_\_\_\_\_ Zig./Tag geraucht.  
 Ja, Raucher seit \_\_\_\_\_ Jahren, pro Tag ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten.
- Gibt es bei leiblichen Verwandten chronische wiederkehrende Erkrankungen?
  
- Haben Sie Kinder?                       Nein    Ja, wie viele? \_\_\_\_\_
- Haben Sie Haustiere - Welche?  Nein    Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie ausgeübt?
  
- Haben Sie Gase oder Stäube am Arbeitsplatz eingeatmet?

Erstellt: 27.07.16	Geprüft.	Freigegeben: 08.01.20 WZ
Bearbeitet: 08.01.20 L. Tarnow		Seite 1 von 1

2.2.7.	<b>Lungenzentrum Geesthacht Qualitätsmanagement</b>	Formularwesen Patientenfragebogen
--------	---	--------------------------------------

## Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten, Befunde und Röntgenaufnahmen zum Zweck, der beim Hausarzt/Facharzt/Krankenhäuser zu führender Dokumentation der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt/Facharzt/Krankenhäuser übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke, der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Erstellt: 27.07.16	Geprüft.	Freigegeben: 08.01.20 WZ
Bearbeitet: 08.01.20 L. Tarnow		Seite 1 von 1