

Hausarztpraxis Pegau
Dr. Astrid Meier
Zeitzer Straße 25
04523 Pegau

Anamnese für Neupatienten

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon und Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Sorgeberechtigte (Name, Tel.): _____

Amtl. Betreuer (Name, Tel, E-Mail): _____

Kontaktpersonen, denen wir Auskunft erteilen dürfen (Name, Tel.):

Institutionen, denen wir Auskunft erteilen dürfen (z. B. Apotheke, Pflegedienst, Heim) (Name):

Bisheriger Hausarzt/ Kinderarzt: _____

Dürfen wir die Behandlungsunterlagen anfordern? Ja _____

Allergien/ Unverträglichkeiten (v.a. Medikamente): _____

Operationen (was/ wann):

Hausarztpraxis Pegau
Dr. Astrid Meier
Zeitzer Straße 25
04523 Pegau

Chronische Erkrankungen : _____

Regelmäßige Medikamente (Name/ Dosierung):

Bitte legen Sie uns Ihren Medikationsplan vor.

Bitte bringen Sie zum nächsten Termin Ihren Impfpass mit.

Die Verwendung und Speicherung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).
Die Datenschutzgrundverordnung wurde mir ausgehändigt. Ich habe sie gelesen und bin mit den Inhalten einverstanden.

Ja _____ Nein _____

Datum: _____

Unterschrift: _____