



**Anmeldung und Anamnese**  
Fragebogen für Patienten

Patient	
Name/Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ/Ort	
E-mail	
Telefon	
Rechnung an ( bei Privat-Versicherten)	
Name, Vorname	
Adresse (wenn abweichend)	
Ort	
Telefon	
Anamnese	
Größe .....	Gewicht .....
Blutgruppe .....	
Messtechnische Ergebnisse (vom Arzt auszufüllen)	
RR:	Puls:.....

Überweisender Arzt	
Name	
Straße	
Ort	
Telefon	
Fax	
Hausarzt (wenn Befundübermittlung gewünscht)	
Name	
Straße	
Ort	
Telefon	
Fax	
Grund der Überweisung	







## Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

18.	Hat Ihr Kind in den letzten 10 Tagen ein Schmerzmittel eingenommen? Wenn ja, welches? ..... Wie oft pro Monat? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
19.	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?											
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Medikament</th> <th style="width: 60%;">Dosierung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Medikament	Dosierung									
Medikament	Dosierung											

## Aktuelle und frühere Erkrankungen

**Hinweis:** Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen so sorgfältig wie möglich.

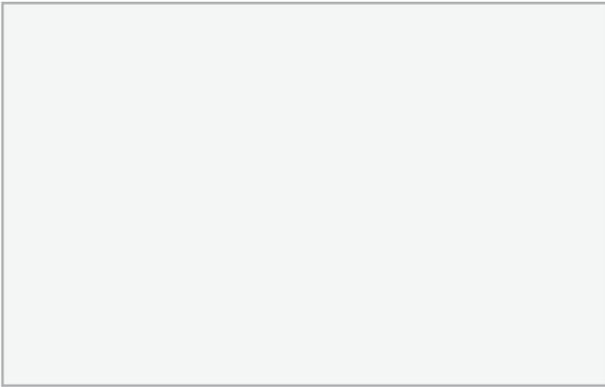
20.	Hat Ihr Kind zur Zeit ein fieberhafte Erkältung oder Bronchitis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21.	Hat Ihr Kind zur Zeit eine Infektion? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22.	Hat Ihr Kind eine Allergie Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23.	Hat Ihr Kind Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
25.	Hat Ihr Kind eine Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
26.	Hat Ihr Kind eine Nierenerkrankung? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
27.	Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
28.	Hat Ihr Kind eine Autoimmunerkrankungen (z.B. Rheuma, Lupus...)? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
29.	Welche anderen Erkrankungen, die hier nicht genannt sind, hat oder hatte Ihr Kind? ..... .....	



## Familienanamnese

Zur Abklärung einer angeborenen Gerinnungsstörung

30.	Wie viele Geschwister (auch Halbgeschwister) hat Ihr Kind? ..... Geschwister Geburtsjahr der Geschwister: 1. Geschw: ..... 2. Geschw: ..... 3. Geschw: ..... 4. Geschw: .....																				
31.	Hatte jemand in Ihrer engeren Familie schon einmal eine Thrombose oder Blutungsneigung? (engere Familie = Bruder, Schwester, Vater, Mutter, Großvater, Großmutter) Wenn ja, schreiben Sie bitte in die Tabelle: a) Welches Familienmitglied? (wenn Großeltern, geben Sie bitte auch an, ob väterlicherseits (V) oder mütterlicherseits (M)) b) Wie alt war das Familienmitglied, als es die Thrombose / Blutungsneigung bekam? c) Hat er / sie ein Medikament gegen die Thrombose eingenommen, z.B. Marcumar?																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="width: 30%;">Familienmitglied</th> <th style="width: 15%;">hatte im Alter von</th> <th style="width: 15%;">Thrombose</th> <th style="width: 15%;">Blutungsneigung</th> <th style="width: 25%;">nahm Marcumar o.ä.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>.....Jahren</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>.....Jahren</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>.....Jahren</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Familienmitglied	hatte im Alter von	Thrombose	Blutungsneigung	nahm Marcumar o.ä.		.....Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienmitglied	hatte im Alter von	Thrombose	Blutungsneigung	nahm Marcumar o.ä.																	
	.....Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	.....Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	.....Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
32.	Hatten andere Verwandte bereits eine Thrombose oder Blutungsneigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, schreiben Sie bitte in die Tabelle, welcher Verwandte und kreuzen Sie an, ob er / sie eine Thrombose oder Blutungsneigung hatte.																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="width: 40%;">Verwandte / r</th> <th style="width: 30%;">Thrombose</th> <th style="width: 30%;">Blutungsneigung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Verwandte / r	Thrombose	Blutungsneigung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Verwandte / r	Thrombose	Blutungsneigung																			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			



## Einverständnis-Erklärung

Genetische Untersuchungen  
und Datenschutz

Ich bestätige, dass ich gemäß des Gendiagnostikgesetzes für mich bzw. mein Kind aufgeklärt und genetisch beraten wurde über:

- die Bedeutung und die Konsequenzen der geplanten Untersuchung
- Art und Umfang der Untersuchung
- Anspruch auf genetische Beratung
- mein Recht auf Widerruf der Erklärung und mein Recht auf Nicht-Wissen
- die gesetzliche Vorschrift zur Vernichtung der Ergebnisse nach 10 Jahren
- die Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung

Ich willige ein: (Unzutreffendes streichen)

- zur Blutabnahme
- zur Mitteilung des Befundes an mich und meine behandelnden Ärzte
- zur Weiterleitung der Probe an ein spezialisiertes Labor
- zur anonymen Verwendung der Probe für interne Kontrollzwecke
- dass die Ergebnisse entgegen der gesetzlichen Regelung länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können
- zur Mitteilung an nahe Verwandte, falls sie sich für eine Familienuntersuchung vorstellen. Wir werden diese nicht aktiv ansprechen. Es steht Ihnen frei, Ihre Kinder, Geschwister oder Eltern zu informieren, dass sie ggf. auch von einer erblichen Veranlagung oder Erkrankung betroffen sind.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten

.....

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten

Ersatzweise Erklärung des verantwortlichen Arztes:

Der Patient wurde nach Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und ist mit der Blutabnahme und der angeforderten Untersuchung einverstanden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Arztes

**Entbindung von der ärztlichen  
Schweigepflicht und  
Einverständniserklärung  
zur Datenübermittlung und -verarbeitung  
(Art. 6 und Art. 7 DS-GVO)**



*Liebe Patientin, lieber Patient,  
bedingt durch die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) benötigt unsere Praxis  
für die Versendung der Labor-Untersuchung, die sich bei Ihnen im Rahmen der Diagnostik  
als erforderlich erweisen und die wir an weitere Laboratorien überweisen, Ihre  
Zustimmungserklärung.*

*Bitte lesen Sie die anhängende Einverständniserklärung auf der Rückseite und geben Sie  
diese dann unterschrieben an uns zurück.*

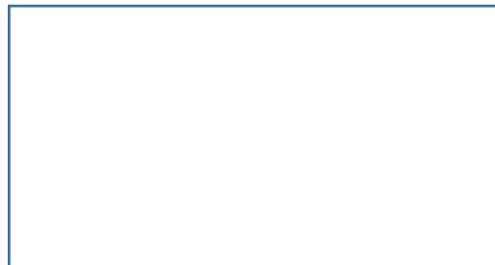
*Mit freundlichen Grüßen*

Ihr Praxisteam

---



## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung (Art. 6 und Art. 7 DS-GVO)



Ich wurde darüber informiert, dass es im Rahmen meiner Behandlungen bzw. der Behandlungen meines Kindes notwendig sein kann, labormedizinische Untersuchungen durchführen zu lassen bzw. eine andere Stelle (z. B. Arzt, Klinik) zur Mitbehandlung herangezogen werden muss. Dabei werden auch personenbezogene Daten von mir / meinem Kind im Zusammenhang mit der Gesundheit (insbesondere Name, Geburtsdatum, Angaben zu meiner Behandlung/vorherigen Behandlungen, Versicherungsdaten) an ein mit der Untersuchung beauftragtes medizinisches Labor oder die mitbehandelnde Stelle übermittelt und dort zu Zwecken der weiterführenden Untersuchung und der ärztlichen Abrechnung erhoben, gespeichert und genutzt. In Ausnahmefällen führt das beauftragte Labor die Laboruntersuchung nicht selbst durch, sondern leitet den Auftrag an ein kooperierendes Labor weiter (Spezialuntersuchungen).

Die Ärzte der Labore bzw. die anderen mitbehandelnden Ärzte sowie deren Mitarbeiter unterliegen der gesetzlich verankerten Schweigepflicht. Die Mitarbeiter etwaig unterbeauftragter Labore wurden ebenfalls entsprechend der gesetzlichen Vorgaben zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Kontaktdaten der Labore und mitbehandelnden Stellen werden mir auf Nachfrage selbstverständlich mitgeteilt.

Hiermit erkläre ich mich für mich / mein Kind

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

mit folgenden Vorgängen einverstanden: **zutreffendes bitte ankreuzen**

- Übermittlung an externe Auftragslaboratorien und Verarbeitung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind durch externe Auftragslaboratorien zum Zweck der Bestimmung labormedizinischer Parameter.
- Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind durch die externen Auftragslaboratorien an Speziallabore und dortige Verarbeitung zum Zwecke der Durchführung von Spezialuntersuchungen, die im Auftragslabor nicht durchgeführt werden können.
- Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken oder andere Stellen (z. B. OP-Zentrum).
  - ausschließlich an: \_\_\_\_\_
- Übermittlung personenbezogener Daten von mir / meinem Kind an und Verarbeitung durch externe Verrechnungsstellen zu Abrechnungszwecken.

Für die oben genannten Maßnahmen entbinde ich meinen Arzt/ meine Ärztin

\_\_\_\_\_  
gegenüber den oben genannten Stellen von seiner/ ihrer ärztlichen Schweigepflicht.  
Mit meiner Unterschrift willige ich in die wiederkehrende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten / der Daten meines Kindes ein. Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten / die meines Kindes ausschließlich zu o. g. Zwecken und nur im erforderlichen Maße an die genannten Stellen weitergegeben werden. Ich habe das Recht auf Auskunft über die Datenempfänger sowie die Art der dort von mir / meinem Kind erhobenen und gespeicherten Daten. Außerdem habe ich das Recht auf Korrektur und Löschung der gespeicherten Daten, soweit gesetzliche Regelungen (z. B. Mindestaufbewahrungsfrist) einer Löschung nicht entgegenstehen.

**Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.**

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

