



Liebe Patientinnen und Patienten,

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen gewissenhaft und soweit wie möglich selbst aus (wenn erforderlich auch mit Hilfe einer Bezugsperson).

Mit diesen Angaben wird es schneller und effektiver möglich sein, auf Ihre Beschwerden und Wünsche persönlich einzugehen. Wartezeiten im Praxisablauf können mit Ihrer Hilfe deutlich reduziert werden. Ihre Angaben werden in Ihrer persönlichen Akte hinterlegt.

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

## Ihre persönlichen Angaben

Name und Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Wohnort

---

Beruf

---

Kontaktdaten  
Privat:  
Geschäftlich:  
Mobil:  
E-Mail:

---

Notfallkontakt  
Name:  
Telefon:

---

Geburtsdatum  
Geschlecht  M  W  D

---

Größe in cm  
Gewicht in kg

---

Familienstand  
Kinder

---



Praxis Niebergall  
Peter Niebergall  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Ohmstraße 3  
35327 Ulrichstein

Telefon 06645 9999200  
Telefax 06645 9999209  
kontakt@praxis-niebergall.de  
www.praxis-niebergall.de

Sprechzeiten  
Montag bis Freitag  
7.30 bis 12.00 Uhr  
Dienstag und Donnerstag  
15.00 bis 18.00 Uhr



## Ihre persönlichen Angaben

Allergien ?  Nein  Ja, welche:

---

Rauchen Sie?  Nein  Ja, Menge/Tag  Nein, nicht mehr seit:

---

Alkohol?  Nein  Ja, Menge/Tag  Nein, nicht mehr seit:

---

Versichert als:  Mitglied  Familienmitglied  Rentner  Sonstiges

---

Krankenkasse  Gesetzliche Krankenkasse Name:  
 Private Krankenkasse Name:

---

Teilnahme an DMP-Programmen?  
 Diabetes M. TYP I  Diabetes M. TYP II  Asthma  COPD  
 Brustkrebs  Koronare Herzkrankheit (KHK)

---

Sind Sie noch bei anderen Ärzten in Behandlung?  
Fachrichtung:  
Fachrichtung:  
Fachrichtung:  
Fachrichtung:

---

## Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung hatten sie?

Gesundheitscheck: Krebsvorsorge Mann/Frau:  
Hautkrebsscreening: Darmspiegelung:  
Stuhluntersuchung (IFOB-Test): Screening auf Bauchaortenaneurysma:

---

## Ihnen bekannte Vorerkrankungen

Asthma

---

Bluthochdruck

---

Chronische Bronchitis (COPD)

---

Diabetes M. TYP II  Insulinpflichtig?  Ja  Nein

---

Herzerkrankung (-schwäche) Welche?

---

Herzrhythmusstörungen

---



## Ihnen bekannte Vorerkrankungen

Hirnschlag/Schlaganfall (Apoplex)

Krebs-/ Tumorerkrankung Welche?

Infektionskrankheiten

Schilddrüsenfehlfunktion  Überfunktion  Unterfunktion

Sonstige Schilddrüsenerkrankungen

andere Erkrankungen

## Ihre wesentliche Operationen

Operationen

Vorfälle bei oder nach Operationen?

Wann?

Welche?

Wo?

## Impfungen

Sind Sie regelmäßig gegen Grippe geimpft worden?

Ja

Nein

Gab es Vorfälle/Komplikationen bei oder nach Impfungen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Denken Sie bitte an Ihren Impfausweis, und bringen Sie diese(n) mit!



## Medikamente

Bitte nennen Sie alle Medikamente, Salben, Sprays, die Sie regelmäßig anwenden oder einnehmen.

Medikament, Name, Firma	Dosierung (mg, ml, µg)	morgens	mittags	abends	nachts
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

## Sonstige Anmerkungen

---

---

**Dieses Dokument habe ich (oder mit Hilfe) gelesen, verstanden und die Angaben soweit mir bekannt wahrheitsgemäß ausgefüllt.**

Ort und Datum

Unterschrift des/der Patienten/in bzw. gesetzlichen Vertreters/in



Praxis Niebergall  
Peter Niebergall  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Ohmstraße 3  
35327 Ulrichstein

Telefon 06645 9999200  
Telefax 06645 9999209  
kontakt@praxis-niebergall.de  
www.praxis-niebergall.de

Sprechzeiten  
Montag bis Freitag  
7.30 bis 12.00 Uhr  
Dienstag und Donnerstag  
15.00 bis 18.00 Uhr



## Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung/Verarbeitung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO

(Bitte beachten Sie unsere ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz)

Name und Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Wohnort

---

Geburtsdatum

---

### 1. Erheben/Übermitteln/Verarbeiten von Patientendaten

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

um Sie bestmöglich medizinisch behandeln zu können, ist es sehr oft sinnvoll, Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore weiterzugeben beziehungsweise von diesen Ärzten/Labore Daten anzufordern.

In der nachfolgenden Auswahl erteilen Sie meiner Praxis P. Niebergall, Ohmstr. 3, 35327 Ulrichstein mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass an folgende mitbehandelnden Ärzte/Personen/Labore Daten übermittelt beziehungsweise angefordert werden dürfen. (Bitte Praxisname, Anschrift und Kontaktdaten eintragen)

1

---

2

---

3

---

- Ich lehne es ab, dass Daten an sämtliche mitbehandelnden Ärzte übermittelt beziehungsweise angefordert werden dürfen.



Praxis Niebergall  
Peter Niebergall  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Ohmstraße 3  
35327 Ulrichstein

Telefon 06645 9999200  
Telefax 06645 9999209  
kontakt@praxis-niebergall.de  
www.praxis-niebergall.de

Sprechzeiten  
Montag bis Freitag  
7.30 bis 12.00 Uhr  
Dienstag und Donnerstag  
15.00 bis 18.00 Uhr



## 2. Erlaubnis Dritter

An folgende Angehörige oder sonstige Personen dürfen nach Feststellung der Identität weitergegeben werden: (bitte Ihre Wünsche eintragen und ankreuzen)

Name und Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Wohnort

---

Telefon

---

Behandlungsdaten     Rezepte     Überweisungen

Die Behandlungsdaten dürfen wie folgt übermittelt werden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Telefon     Fax     E-Mail     Post

Name und Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Wohnort

---

Telefon

---

Behandlungsdaten     Rezepte     Überweisungen

Die Behandlungsdaten dürfen wie folgt übermittelt werden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Telefon     Fax     E-Mail     Post

Name und Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Wohnort

---

Telefon

---

Behandlungsdaten     Rezepte     Überweisungen

Die Behandlungsdaten dürfen wie folgt übermittelt werden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Telefon     Fax     E-Mail     Post



## 3. Patientenservice (recall)

- Ich willige ein, über bestimmte Termine (z. B. Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen, etc.) per Telefon, schriftlich, per Mail, SMS oder andere Kommunikationswege, informiert zu werden.
- Ich willige nicht ein, über bestimmte Termine (z. B. Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen, etc.) per Telefon, schriftlich, per Mail, SMS oder andere Kommunikationswege, informiert zu werden.

## 4. Widerruf

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärungen jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt/ meiner Ärztin und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

---

Ort und Datum

Unterschrift des/der Patienten/in bzw. gesetzlichen Vertreters/in



Praxis Niebergall  
Peter Niebergall  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Ohmstraße 3  
35327 Ulrichstein

Telefon 06645 9999200  
Telefax 06645 9999209  
kontakt@praxis-niebergall.de  
www.praxis-niebergall.de

Sprechzeiten  
Montag bis Freitag  
7.30 bis 12.00 Uhr  
Dienstag und Donnerstag  
15.00 bis 18.00 Uhr

# Checkliste

Für Ihre Unterlagen



- Anamnesebogen
- Datenschutzerklärung
- Impfausweis(e)
- Kopie(en) aktueller Befunde
- Medikamentenplan
- Versichertenkarte
- Ausweise (z.B. Marcumar, Schrittmacher, etc.)
- Kopie Patientenverfügung (wenn vorhanden)

Liebe Patientinnen und Patienten,

ist der Anamnesebogen soweit vollständig und die Datenschutzerklärung unterschrieben, dann senden Sie uns diese beiden Dokumente als PDF-Datei per Fax, Post (auch Briefkasten) oder Mail an uns zurück.

**Wir benötigen diese Angaben einige Tage  
bevor Sie Ihren ersten Besuch bei uns haben.**

So können wir den idealen Termin für Sie finden und Ihre Wartezeit deutlich verringern und es bleibt mehr Zeit für Ihr Anliegen.

Haben Sie Fragen?

Wir beantworten sie gerne.



Praxis Niebergall  
Peter Niebergall  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Ohmstraße 3  
35327 Ulrichstein

Telefon 06645 9999200  
Telefax 06645 9999209  
kontakt@praxis-niebergall.de  
www.praxis-niebergall.de

Sprechzeiten  
Montag bis Freitag  
7.30 bis 12.00 Uhr  
Dienstag und Donnerstag  
15.00 bis 18.00 Uhr