

NAME: .....

ADRESSE: ..... TEL: .....

HAUSARZT: .....

**ANAMNESEBLATT – GRUND FÜR IHREN HEUTIGEN ARZTBESUCH:**

**OHR:**

links       rechts

Schmerzen

Ohr rinnt

Ohrgeräusch

Hörminderung

Verstopft

Ohrdruck

Ohrjucken

Hörtest

**NASE:**

verstopft

Nase rinnt

Schnarchen

Nasenkrusten

Nasenschmerzen

Allergie

**SCHWINDEL**

**HALS:**

Schmerzen

Schluckbeschwerden

Heiserkeit

Husten

Atembeschwerden

**Andere Beschwerden:** .....

**RISIKOERHEBUNG CORONAVIRUS**

**1. Leiden oder litten Sie während der letzten 7 Tage an folgenden Symptomen:**

Husten	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Fieber	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Riechstörung	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Geschmacksstörung	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Durchfall	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:

**2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer bestätigten oder wahrscheinlich/möglicherweise an Coronavirus erkrankten Person?**

JA       NEIN

Ihre Angaben dienen dazu, um Corona-Verdachtsfälle zu erkennen und damit andere Patienten sowie die Mitarbeiter in der Ordination schützen zu können.

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.**

Datum: ..... Unterschrift: .....

**NAME:** ..... **Geb. Dat.:** .....

## Bekanntgabe von Medikamentenallergien

Haben Sie bereits einmal nach Einnahme oder Verabreichung eines Medikamentes allergisch reagiert?

**NEIN**       **JA**      Welches Medikament? \_\_\_\_\_

Beschreibung der allergischen Reaktion:       Hautausschlag

---

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

### Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen

Ich stimme zu, dass Fr. Dr. V. Niederberger-Leppin sowie die in ihrer Ordination arbeitenden Vertretungsärzte/innen

- Personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf
- Arztberichte und Befundberichte an den/die von mir angegebenen Hausarzt/Hausärztin übermitteln darf
- Bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

**DATUM:** \_\_\_\_\_      **UNTERSCHRIFT:** \_\_\_\_\_

### Terminbestätigung per SMS

Bei telefonischer Terminvereinbarung sowie bei Terminvereinbarung in unserer Ordination erhalten Patienten von unserem Docfinder-Terminkalender per SMS eine Terminerinnerung. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit **einverstanden**. Diese Einwilligung kann bei jeder erneuten Terminvereinbarung widerrufen werden.

**DATUM:** \_\_\_\_\_      **UNTERSCHRIFT:** \_\_\_\_\_