



**MKG am Wellersberg**  
**Dr. Thorsten und Ursula Barchmann**  
**Fachärzte für MKG**  
**Konsiliarärzte der DRK-Kinderklinik**

**Wellersbergstr. 60**  
**57072 Siegen**  
**Tel.: 0271 2501470**  
**Fax: 0271 2501472**

## Patienten-Anamnesebogen

<i>Name, Vorname</i>	<i>Geburtsdatum</i>
<i>Straße</i>	<i>PLZ Wohnort</i>
<i>Geburtsort</i>	<i>Telefon Nr. /Mobil</i>
<i>Überweisender Arzt/Zahnarzt, Adresse</i>	

<i>Datum</i>	<i>Unterschrift</i>
--------------	---------------------

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger/Versicherungsnehmer nicht identisch, bitte hier die Angaben ergänzen:**

<i>Name, Vorname</i>	<i>Geburtsdatum</i>
<i>Straße</i>	<i>PLZ Wohnort</i>

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger  
 Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akute Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig.

<i>Datum</i>	<i>Unterschrift ( Erziehungsberechtigter)</i>
--------------	---

**Einwilligungserklärung zum Datenschutz gemäß BDSG Art. 6, 7\***  
 Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Arzt die erhobenen Patientendaten verarbeiten darf und sonstige Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

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

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
<b>Herz-Kreislaufferkrankungen</b>		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Herzklappenerkrankung/defekt/Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Mangeldurchblutung des Gehirn	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<b>Infektionserkrankungen</b>		
HIV/Aids	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Hepatitis/Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Tuberkulose/TBC	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Krankenhauseskeim MRSA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<b>Allergien/Unverträglichkeiten</b>		
Lokalanästhetika/örtliche Betäubungsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Antibiotika (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<b>Weitere Erkrankungen</b>		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Atemwegerkrankung/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Nierenfunktionsstörungen/Dialyse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<b>Allgemeine Angaben</b>		
Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Alkoholenuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Bestehende Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Liegt eine Pflegestufe vor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Befinden Sie sich in einer Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____