

# Anamnesebogen



Lungenzentrum Nordschwaben  
Pneumologische Praxis  
und Schlaflabor

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen aus. Durch Ihre freundliche Mitwirkung können Doppeluntersuchungen vermieden und die Behandlung sicherer gestaltet werden. Das Ausfüllen der Daten ist freiwillig. Sie sollten jedoch mindestens die Daten angeben, die Sie als Information für den Arzt als notwendig erachten.

Unser Praxisteam ist Ihnen gerne dabei behilflich.

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Straße:**

**Wohnort:**

**Telefonnummer:**

**Handynummer:**

**@ Email:**

**Hausarzt:**

Vorerkrankungen:

- |  |                                    |  |                                       |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf  | <input type="checkbox"/> Blutdruck | <input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darm      |                                    | <input type="checkbox"/> Niere           | <input type="checkbox"/> Nerven       |
| <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenke |                                    | <input type="checkbox"/> andere:         |                                       |

Allergien? Welche?

Allergietest:  ja  nein

Nahrungsmittelunverträglichkeit?  ja, welche? \_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeit?  ja, welche? \_\_\_\_\_

Röntgenaufnahme der Lunge in den letzten 6 Monaten?  ja  nein

Haustiere:  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Hobbys:  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Exraucher:  ja  nein seit? Datum/Jahr? \_\_\_\_\_

Tabakgenuß:  ja  nein wieviele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Alkoholgenuß:  ja  nein  gelegentlich

regelmäßig Anzahl Glas (alkohol. Getränke) pro Tag \_\_\_\_\_

Schnarchen:  ja  nein  unbekannt

Voerkrankungen in der Familie:  Asthma  Neurodermitis  Heuschnupfen  Allergien  
Großeltern, Eltern Kinder

Zustand nach Covid-19-Infektion:  ja  nein

Tropenreise/Amerikareise im letzten Jahr:  ja  nein

Besitzen Sie ein Schlafgerät  ja  nein

ein Inhaliergerät  ja  nein

ein Sauerstoffgerät  ja  nein



**Hinweise zum Datenschutz - siehe Rückseite**



Ein Unternehmen  
der amedes-Gruppe



# Patienteninformation zum Datenschutz

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der DSGVO sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Datenschutzrechte Sie haben.

**Verantwortlich für die Datenverarbeitung** ist das  
**amedes MVZ Lungenzentrum Nordschwaben GmbH**, Ziegelstraße 38, 89407 Dillingen.  
Telefon +49 9071 79 42 80  
Email: info@lungenzentrum-nordschwaben.de

**Die Datenverarbeitung** erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, Gesundheitsdaten, Anamnesen Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde, die wir von anderen Ärzten erhalten. Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger können sein: Andere Ärzte, Psychotherapeuten, die Kassenarztlliche Vereinigung, Krankenkassen und der medizinische Dienst, Ärztekammern sowie private Verrechnungsstellen.

Zweck der Übermittlung: Abrechnung, Klärung von medizinischen und versicherungsrechtlichen Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

- Ich bin einverstanden, dass meine **Patientenakte amedes MVZ Lungenzentrum Nordschwaben GmbH eingesehen werden darf.**
- Ich bin mit einer **Weitergabe des Befundberichts an meinen Hausarzt** einverstanden
- Ich bin mit einer **Weitergabe der Befunde an alle weiterbehandelnden Ärzte** einverstanden
- Ich bin damit einverstanden, **dass die Praxis mich bei Notwendigkeit telefonisch oder per SMS informieren darf.**

## Folgende Personen dürfen Auskunft erhalten (Rezepte, Befundberichte abholen, Telefonate führen):

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

## Aufbewahrung der Daten:

Mindestens 10 Jahre nach Abschluß der Behandlung, manche sogar 30 Jahre (z.B. Röntgenaufnahmen)

## Ihre Rechte:

Einsicht, Berichtigung unrichtiger Daten, Recht auf Löschung unter bestimmten Voraussetzungen, Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, Recht auf Datenübertragbarkeit.

Wir benötigen in Ausnahmefällen Ihre Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, Ihre Einverständnis für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie dürfen sich bei der zuständigen Aufsichtsbehore für den Datenschutz beschweren, sofern Sie der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht rechtmäßig verarbeitet werden.

**Zuständige Datenschutzaufsichtsbehore:** Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Ansbach  
Rechtsgrundlage ist Artikel 9 Absatz 2 lit.h. DSGVO in Verbindung mit §22 Abs. 1 lit.h.b) BDSG

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

