

**Dr. med. Edmund Schmidt**  
Fa für Allgemeinmedizin  
Chirotherapie und Ernährungsmedizin

Hubertusstraße 2  
85521 Ottobrunn  
Telefon: 089/ 629 87 120

## Patientenanamnese

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Für unsere Kartei bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

**Name:** \_\_\_\_\_  
(nome / apellido)

**Vorname:** \_\_\_\_\_  
(first name / nombre de pila)

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
(birth date / fecha de nacimiento)

**Straße:** \_\_\_\_\_ **PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_  
(road / calle) (postalcode/ place // código postal / lugar)

**Telefonnummer Privat:** \_\_\_\_\_ **Geschäft:** \_\_\_\_\_  
(home phone / teléfono de casa) (phone business, teléfono de negocio)

**Telefonnummer Mobil:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_  
(mobil phone number / numero de teléfono móvil)

**E-Mail Adresse:** \_\_\_\_\_  
(e-mail / correo electrónico)

**Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?:** \_\_\_\_\_  
(Which health insurance do you have? / Qual es el seguro de salud?)

**Für Privat versicherte Patienten:**

Normaltarif       Basistarif       Standardtarif

**Hauptversicherter:** \_\_\_\_\_ **dessen Geb.Datum** \_\_\_\_\_

**Beruf des Patienten:** \_\_\_\_\_  
(profession / profesión)

**Familienstand:**       ledig       verheiratet       geschieden  
(marital status / estado civil)      (single / soltero)      (married / casado)      (divorced / divorciado)

verwitwet      **Größe:** \_\_\_\_\_ cm      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg  
(widowed / viudo)      (size / tamaño)      (weight / peso)

**Kinder: Geben Sie bitte die Anzahl an:** \_\_\_\_\_  
(children / niños)

**Für unsere Patientinnen:** (only for patients / sólo para pacientes)

**Schwangerschaft/en:** Anzahl \_\_\_\_\_      **Geburten:** Anzahl \_\_\_\_\_  
(pregnancies / embarazos)      (births / nacimientos)

Um uns vorab ein Bild ihrer Beschwerden machen zu können, beantworten Sie uns bitte noch folgende Fragen:

1. **Risikofaktoren:**

**Alkoholkonsum:** (alcohol consumption / consumo de alcohol)

**überhaupt keinen** (absolutely no / ninguno)

**selten** (rarely, raramente)

**regelmäßig** (irregularly /irregularamente)

**täglich** (every day / cada día)

wenn ja Menge und Art: ca. \_\_\_\_\_ Gläser/Tag  
(the quantity / la cantidad)

**Rauchen: (smoking / de fumar)**

**Ich habe nie geraucht** (I have never smoked / Nunca he fumado)

**früher geraucht** (I used to smoke / Solía de fumar)

**rauche immer noch** (**I still smoke / Todavía fumo**)

wenn ja Menge: ca. \_\_\_\_\_ am Tag  **Zigaretten**  **Zigarren**  
(the quantity / la cantidad) (Cigarettes/cigarillos) (cigars/cigarros)

**Zigarillos**  
(cigarillos/cigarittos)

**Pfeife**  
(whistle/silbato)

**E-Zigarren**  
(E-Cigarettes/E-cigarillos)

**Ich rauche seit:** \_\_\_\_\_  
(I've been smoking for / fumo desde)

**ich habe aufgehört:** \_\_\_\_\_  
(I have stopped / he dejado de fumar)

**Andere Mittel:**

(other means/ otros medios)

**Anabolika**

**Aufputzmittel**  
(stimulant/estimulante)

**Drogen**

(drugs/drogas)

2. **Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?**  ja  nein

(Do you have chronic diseases? / Sufre usted de enfermedades crónicas?)

**Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_  
(If so, what kind? / Si es así, cuales?)

**Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr?**

(What operations were you and in which year? Qué operaciones que haya tenido y en que año?)

3. **Leiden Sie unter Allergien?**  ja  nein

(Do you suffer from allergies? / Usted sufre de alergias?)

**Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_  
(If so, what kind? / Si es así, qué?)

4. **Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?**  ja  nein

(Take medication currently? / Toma medicamentos actualmente?)

Wenn ja, welche?

5. **Welche Kinderkrankheiten/Krankheiten hatten Sie?**

(Have you had the following diseases? / Cuales de las siguientes enfermedades ha tenido?)

**Masern** (measles / sarampión)

**Mumps** (mumps / paperas)

**Röteln** (rubella / rubéola)

**Windpocken** (chicken pox / varicela)

**Covid 19** (covid 19 / covid 19)

6. **Welche schwerwiegenden Erkrankungen liegen in der Familie vor?**  
(Are there any serious illness in the family? / Hay alguna enfermedad grave en la familia?)

\_\_\_\_\_ z. B. Herzinfarkt oder Krebs

\_\_\_\_\_ (for example hearth attack or cancer /por ejemplo ataque del corazón o cancer)

7. **Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt?**  
(Health examination 35 years and over / examen de salud a partir de los 35 años y más)

ja (yes/si)     nein (no/no)    Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

9. **Für unsere männlichen Patienten ab 45 Jahren: (for male patients / para pacientes masculinos) Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt?**

(cancer screening 45 years and over/ el cribado del cancer 45 años y más)

ja (yes/si)     nein (no/no)    Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

10. **Impfungen müssen auch bei Erwachsenen regelmäßig aufgefrischt werden. Gerne können Sie uns Ihren Impfpass vorbei bringen damit wir ihn auf fällige und fehlende Impfungen kontrollieren.**

(Vaccinations need to be refreshed regularly. You can give us your vaccination certificate to check it, if you want. / Las vacunas deben renovarse regularmente. Puede usted traernos el certificado de vacunación para su revisión.)

11. **Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?**

(Which doctor you were last in treatment? / ¿Con qual médico tuvo su último tratamiento?)

Dr. med. \_\_\_\_\_

**Sollen wir die Befunde von diesem Arzt anfordern?**     ja     nein

(Should we request the findings? / ¿Podemos pedir los resultados?)

**Wenn ja, geben Sie bitte hier die Adresse und/oder Telefonnummer des Arztes an:**

(Name and address of the doctor / Nombre y dirección del médico)

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnr: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Bei Befundanforderung bitte unbedingt ausfüllen:**

Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei oben genanntem Arzt. Ich bitte Sie meine Befunde an die Praxis Dr. Edmund Schmidt weiter zu leiten.

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Vorname des Patienten                      Nachname des Patienten                      Geb-Datum

Ottobrunn, den \_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsber.

12. **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** (How did you hear about us? / Cómo se enteró de nosotros?)

Durch:  ein Arzt oder med. Einrichtung hat Sie mir empfohlen: \_\_\_\_\_  
(by a doctor or other medical facility / por un médico u otro centro médico)

ein Familienmitglied ist bereits Patient (by a family member/por un miembro de la familia)

ein Bekannter ist bereits Patient: \_\_\_\_\_  
(by a friend / por un amigo)

Name des Bekannten

Telefonbuch (phone book / guía telefónica)

Internet (internet / internet)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

13. Erinnerung/Recall wichtiger Gesundheitstermine

Viele Patienten vergessen aufgrund zahlreicher geschäftlicher und privater Termine, rechtzeitig an wichtige Gesundheitstermine zu denken. Daher haben wir ein Recallsystem eingeführt. Sie bekommen von uns eine schriftliche Erinnerung und entscheiden dann selbst, ob Sie den Termin wahrnehmen möchten.

Ich möchte unverbindlich an Termine erinnert werden (keine Verpflichtung Ihrerseits)

(I would like to be reminded of Medical Events. / Me gustaría que me recordaran de eventos médicos.)

ja (yes/sí)       nein (no/no)

Die Erinnerung soll folgende Termine umfassen:

- alles (Vorsorgetermine, Impfungen, etc.)       Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lj  
 Krebsvorsorge nur bei Männern ab 46. Lj  
 Impfungen

Wenn Sie noch keine Gesundheitsuntersuchung (bzw. Krebsvorsorge) hatten geben Sie bitte hier einen möglichen Wunschtermin für die erste Benachrichtigung an:

\_\_\_\_\_ **Monat**

Für das Recall der Impfungen benötigen wir Ihren aktuellen Impfpass. Geben Sie ihn bitte, evt. auch mit weiteren, älteren Exemplaren bei Gelegenheit in der Praxis ab. Wir kontrollieren ihn, vermerken die Auffrischungstermine, die wir Ihnen schriftlich mitteilen, bzw. beraten Sie über fehlende Impfungen.

14. Grund des heutigen Praxisbesuchs:

(Reason of today's visit to the doctor? / Motivo de la visita de hoy al médico?)

- akute Erkrankung (acute illness / enfermedad aguda)  
 chronische Erkrankung (chronic disease / enfermedad crónica)  
 Vorsorge (Untersuchung/Impfung) (provision / proyección)  
 Schmerzen (ache / dolor)

Beschreibung Ihrer Beschwerden: \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann treten Sie auf:

(Since when do you have the symptoms? / ¿Desde cuándo tiene los síntomas?)

- seit heute (since today / desde hoy)  
 seit gestern (since yesterday / desde ayer)  
 seit ein paar Tagen (for a few days / desde hace unos pocos días)  
 seit ein paar Wochen (for a few weeks / desde hace unas pocas semanas)  
 seit Monaten (for months / desde meses)  
 seit Jahren (for years / desde años)  
 von Geburt an (from birth / desde el nacimiento)

Für Schmerzpatienten: Wie stark würden Sie Ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen (bitte ankreuzen): (How strong is the pain? ¿Qué tan fuerte es el dolor?)

Leicht    1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10    stark

15. Terminabsagen (Cancel an appointment/Cancelar una cita)

Bitte beachten Sie, dass es sich bei dieser Praxis um eine reine Einbestellpraxis handelt. Vereinbarte Termine sind grundsätzlich fest und können nur bei rechtzeitiger Absage neu vergeben werden. Daher müssen Termine **spätestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Zeitpunkt **telefonisch** oder **per E-Mail** abgesagt werden.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, im Falle einer verspäteten Terminabsage, bzw. bei Nichteinhaltung des Termins ein Ausfallhonorar in Höhe von EUR 40 zu bezahlen. Dieser Betrag wird von der Krankenkasse

nicht erstattet. Sollte eine rechtzeitige Terminabsage im Einzelfall aufgrund besonderer Umstände nicht zumutbar gewesen sein (z.B. plötzliche Einlieferung ins Krankenhaus) fällt das Ausfallhonorar nicht an.

**In english:**

Please note that this practice is purely an appointment practice. Agreed dates are generally fixed and can only be reassigned if canceled in good time. Appointments must therefore be canceled **by telephone or e-mail at least 24 hours** before the agreed time.

With your signature, you agree to pay a cancellation fee of EUR 40 in the event of a late cancellation or non-compliance with the appointment. This amount is not reimbursed by health insurance. If a timely cancellation of an appointment was not reasonable in individual cases due to special circumstances (e.g. sudden admission to the hospital), the cancellation fee does not apply.

**En español:**

Tenga en cuenta que esta práctica es puramente una práctica de citas. Las fechas acordadas son generalmente fijas y solo pueden reasignarse si se cancelan a tiempo. Por lo tanto, las citas deben cancelarse **por teléfono o correo electrónico al menos 24 horas** antes de la hora acordada.

Con su firma, acepta pagar una tasa de cancelación de 40 EUR en caso de cancelación tardía o incumplimiento de la cita. Esta cantidad no es reembolsada por el seguro de salud. Si la cancelación oportuna de una cita no fue razonable en casos individuales debido a circunstancias especiales (por ejemplo, ingreso repentino en el hospital), la tarifa de cancelación no se aplica.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben von Seite 1 bis 5 und habe den Punkt 15 Terminabsagen zur Kenntnis genommen.

**In English:**

I confirm that the Information I have provided on pages 1 to 5 is correct and I have taken note of point 15, cancellation of appointments.

**En español:**

Confirmando que la información que he proporcionado en las páginas 1 a 5 es correcta y he tomado nota del punto 15, cancelación de citas.

Ottobrunn, den \_\_\_\_\_  
Datum (date/fecha)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters  
(signature/firma)

**Dr. med. Edmund Schmidt**  
**Facharzt für Allgemeinmedizin**  
- Chirotherapie -  
Hubertusstraße 2  
Tel. 0 89 / 629 87 120 · Fax 629 87 123  
85521 Ottobrunn  
63 / 80 713  
Arztstempel

## Europäische Datenschutzerklärung

### Einverständniserklärung

### zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

### gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde speichern darf.
- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt (auf meinen Wunsch hin).
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.