

# Arztauskunft über anamnestisch bekannte Daten

Wir bitten Sie, für unseren nachstehend angeführten Kunden um Informationen über die bei Ihnen aufliegenden Daten zu bekannten Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen und Behandlungen.

Herrn/Frau \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Seit wann steht die betreffende Person in Ihrer ärztlichen Betreuung?	
Welche <b>Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen</b> sind Ihnen bekannt?  Bitte geben Sie auch den Zeitraum bekannt. Sollten Sie Befunde haben, sind wir Ihnen für eine Kopie sehr dankbar.  Welche <b>RR-Werte</b> wurden zuletzt gemessen? Wann?  Körpergröße/Gewicht?  <b>Speziell</b> gilt unsere Anfrage folgender Erkrankung:	
Welche <b>Medikamente</b> sind verordnet bzw. empfohlen?  (Dosierung)	
Welche sonstigen <b>Behandlungen oder Therapien</b> wurden verordnet oder angeraten?	
Waren <b>Operationen oder andere Behandlungen</b> in einem <b>Krankenhaus</b> , Sanatorium oder einer sonstigen Heilstätte notwendig oder angezeigt?  Welche?  (Heilstätte, Zeitraum)	
Wurden auch andere Ärzte zu Rate gezogen bzw. haben Sie den Patienten an andere Ärzte überwiesen? (Bitte Name und Adresse) Weshalb?	
Sind Ihnen <b>Risikofaktoren</b> aus der Lebensweise bekannt (z.B.: <b>Übergewicht, Nikotin-, Alkohol-,</b> oder Drogenabusus)? Wir bitten Sie, soweit bekannt, zumindest das ungefähre Ausmaß anzugeben!	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Arztstempel und Unterschrift

Honorar lt. Vereinbarung mit der Ärztekammer bitte überweisen an

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Geldinstitut / Bankleitzahl / Kontonummer

Arztauskunft\_2009\_01