



Anamnesebogen

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

Körpergröße (cm) : Körpergewicht (kg):	Mobilnummer:
---	--------------

Aktuelle Beschwerden :	
Medikamentenallergien:	
Voroperationen:	Regelmedikation:

Hausarzt:	Beruf:
-----------	--------

Information und Einwilligung zur Datenerhebung,- Verarbeitung und – Speicherung

Ihre Daten sind für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich. Verantwortlicher **1 DSGVO** ist das Medizinische Versorgungszentrum Adamstraße 3 GmbH , vertreten durch den **ärztlichen Leiter Herrn Marcell Limon** und der **Datenschutzbeauftragten des MVZ Adamstraße 3 GmbH ist Frau Alayan, Mariam** . Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung und Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen an Drittanbieter ausschließlich zum Zwecke der Behandlung, wie z.B. der Terminvergabe und Koordination (Doctolib) , der Abrechnung (private Abrechnungsunternehmen) oder Labore zur Befundung von medizinischen Probenmaterial zu.

Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis :MVZ Adamstraße 3 GmbH, mich betreffende Gesundheitsdaten bei anderen Fachärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern und an diese übermitteln darf.

Berlin, den	Unterschrift:
-------------	---------------