

## Persönliche Daten

Geschlecht:  weiblich  männlich  erwerbstätig, arbeitslos, selbstversichert  
 Pensionist/-in  
 nicht versichert (in Österreich)

Titel:

Vorname:  Nachname:

Straße, Nr.:

Postleitzahl:  Ort:  Telefon/Handy:

Sozialvers.-Nr.:  E-Mail:   
Geburtsdatum

Krankenkasse:  WGKK  SVA  BVA  Andere: \_\_\_\_\_

## Bankdaten (zur Einreichung der Honorarnote bei Ihrer Krankenkasse)

Bank:  IBAN:

Kontoinhaber:

## Vertrauensperson im Notfall

Vorname:  Nachname:  Telefonnr.:

## Vorerkrankungen - aktuelle Beschwerden

<input type="checkbox"/> Herz- und Gefäßkrankheiten	<input type="checkbox"/> Immunsystem	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat/Rheuma	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Atemwege	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen: _____
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Nervensystem/Psych	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Leber/Galle	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Schilddrüse:
<input type="checkbox"/> Niere/Harnwege	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	Genauere Definition der Erkrankung:
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV	_____

## Erkrankungen in der Familie

<input type="checkbox"/> Herz- und Gefäßkrankheiten	<input type="checkbox"/> Immunsystem	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat/Rheuma	<input type="checkbox"/> Allergie
<input type="checkbox"/> Atemwege	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen: _____
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Nervensystem/Psych	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Leber/Galle	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Schilddrüse
<input type="checkbox"/> Niere/Harnwege	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

## Haben Sie Allergien?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Penicillin	<input type="checkbox"/> Aspirin-Acetylsalicylsäure	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel: _____
<input type="checkbox"/> Tierhaare	<input type="checkbox"/> Blütenstaub	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Hausstaubmilben:	<input type="checkbox"/> Metalle	_____

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein  Ja (welche) \_\_\_\_\_

## Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente wie z. B. Marcoumar, TromboAss, Aspirin, Plavix?

Nein  Ja

## Rauchen Sie?

Ja  Nein Wie viele Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_

### Mediclass Gesundheitsclub GmbH

Viertel Zwei Campus / Gebäude Biz Zwei / Vorgartenstraße 206 C / 1020 Wien / Tel: 01 890 45 20 / info@mediclass.com / www.mediclass.com  
ATU 660 49 322 / FN 353 161f / Kontoverbindung: Mediclass Gesundheitsclub GmbH / Bank: Volksbank Wien / IBAN: AT41 4300 0466 8222 3030  
BIC: VBOEATWW

## Hatten Sie Operationen/Röntgen/MRT/CT?

Nein  Ja Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl): \_\_\_\_\_

## Welche der folgenden Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern  Röteln  Feuchtblattern  
 Mumps  Scharlach  Weiß ich nicht

## Haben Sie als Kind die empfohlenen Schutzimpfungen erhalten?

Nein  Ja  Weiß ich nicht

## Treiben Sie Sport?

Nein  Ja (wie viele Stunden pro Woche: \_\_\_\_\_)

## Für Frauen:

### Sind Sie derzeit schwanger?

Nein  Ja

#### Datenschutzinformation:

Jeder Arzt/Therapeut jede Ärztin/Therapeutin ist gesetzlich dazu verpflichtet, jeden Patienten und jede Patientin gewissenhaft zu betreuen. Dazu zählt auch die Erhebung medizinisch relevanter Informationen vor der erstmaligen Behandlung. Diese Informationsgrundlage ist eine wichtige Basis für die Diagnose und eine effiziente und erfolgreiche Therapie. Daher ist es erforderlich, dass Sie diesen Anamnesebogen ausfüllen, die Daten (inkl. etwaiger Befunde) unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht.

**Mediclass verarbeitet die im vorliegenden Anamnesebogen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen und der Kundenverwaltung. In keinem Fall wird Mediclass persönliche Daten zu Werbe- oder Marketingzwecken an Dritte weitergeben.**

**Ich nehme zur Kenntnis, dass der jeweilige behandelnde Arzt/Therapeut zur Inanspruchnahme ärztlicher/therapeutischer Leistungen im Mediclass-Zentrum, zur Erfüllung der gesetzlichen Dokumentationspflichten sowie zu Abrechnungszwecken (im erforderlichen Umfang) Zugriff auf meine oben angegebenen personenbezogenen Daten erhält.**

Weitere Informationen zum Thema Datenschutz erhalten Sie in unserem Datenschutz-Folder und auch unter [www.medicclass.com/datenschutz](http://www.medicclass.com/datenschutz).

**Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin nicht einhalten können, ersuchen wir Sie, uns mindestens 24 Stunden vorher telefonisch zu informieren. Anderenfalls wird Ihnen der Termin mit EUR 50,- in Rechnung gestellt.**

#### Befundübermittlung:

**JA**, ich bin damit einverstanden, dass die Übermittlung meiner Befunde, Rezepte etc. (auf meinen Wunsch hin) an mich auch an die in diesem Anamnesebogen angegebene E-Mail stattfinden darf. Wir dürfen in diesem Fall darauf hinweisen, dass Ihre Daten dabei unverschlüsselt übertragen werden und auf die damit verbundenen Risiken (Zugang, Geheimhaltung, Veränderung von Nachrichten im Zuge der Übermittlung) aufmerksam machen.

Sollten Sie dies nicht wünschen, übergeben wir Ihnen die Unterlagen natürlich gerne persönlich oder senden Ihnen diese postalisch zu.

#### Mediclass-Kundennewsletter:

Mediclass versendet an seine Kunden ca. einmal pro Monat einen Newsletter per E-Mail mit aktuellen Informationen zu unserem Zentrum, Mediclass-Angeboten und Gesundheitsthemen. Sie können sich von unserem Newsletter jederzeit abmelden (per Link im Newsletter oder per E-Mail an: [info@mediclass.com](mailto:info@mediclass.com))

**NEIN**, ich möchte diesen Newsletter nicht erhalten.

Für Fragen zu diesem Formular wenden Sie sich bitte an den behandelnden Arzt/Therapeut oder das Mediclass-Front-Office.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

#### Mediclass Gesundheitsclub GmbH

Viertel Zwei Campus / Gebäude Biz Zwei / Vorgartenstraße 206 C / 1020 Wien / Tel: 01 890 45 20 / [info@mediclass.com](mailto:info@mediclass.com) / [www.medicclass.com](http://www.medicclass.com)  
ATU 660 49 322 / FN 353 161f / Kontoverbindung: Mediclass Gesundheitsclub GmbH / Bank: Volksbank Wien / IBAN: AT41 4300 0466 8222 3030  
BIC: VBOEATWW