

|                                 |                                       |                                                                                    |
|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anamnesebogen Prof. Laux</b> |                                       |  |
| Bereich: MVZ Waldkraiburg       | erstellt am 08.12.2025 von I. Guttman |                                                                                    |

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen in unserer Praxis. Zur Vorbereitung unseres Gesprächs bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Die Informationen zu Ihrer Person, Ihren Lebensumständen und vor allem zu Ihren Beschwerden erleichtern unser nachfolgendes Gespräch.

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

vh/ledig: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie, dass ihr Hausarzt/überweisender Arzt einen Bericht von uns erhält?  
O JA            O NEIN

**Aktuelle Beschwerden – „was führt Sie zu mir, was quält Sie am meisten“?**

---

---

---

---

**Wichtige körperliche Erkrankungen:**

---

---

---

**Blatt bitte wenden !**

**Wann erstmals psychisch erkrankt - Frühere psychische Erkrankungen**

---

---

---

---

---

**Welche Medikamente nehmen Sie ein ? (inkl. Psychopharmaka)**

---

---

---

---

---

**Sind oder waren Sie in Psychotherapie?**

---

---

---

---

☐ Rauchen?

---

☐ Drogen?

---

☐ Alkoholproblem?

---

☐ Führerschein ?

---

☐ Schwerbehinderung?

---

☐ Hobbies:

---

## Kennntnisnahme zum Annahmeverzug

Das MVZ der Kliniken des Landkreises Mühldorf a. Inn möchte Ihnen schnell und professionell zur Verfügung stehen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass Patientinnen und Patienten, die dringend einen Termin benötigen, keinen bekommen können, da unsere Sprechstunden überfüllt sind. Umso ärgerlicher ist es, dass belegte Termine **ohne Absage** nicht wahrgenommen werden.

Um Ihnen den bestmöglichen Service bieten zu können, müssen wir dem Einhalt gebieten. Jetzt hat uns das Gericht in folgendem Urteil (Landgericht Berlin vom 15.04.2005, AZ: 55 S 310/04 gemäß § 293 ff. BGB – gesetzliche Regelungen zum Annahmeverzug) ein Werkzeug an die Hand gegeben, um dagegen vorzugehen.

Wir bitten Sie um Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

**Können vereinbarte Termine nicht eingehalten werden, müssen diese mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden.** Andernfalls wird Ihnen – **unabhängig von der Begründung des kurzfristigen Ausfalls** – gemäß § 293 ff. BGB eine Ausfallpauschale je nach Terminlänge privat in Rechnung gestellt:

- 50,00 €
- 100,00 € bei gastroenterologischen Untersuchungen oder ambulanten Operationen

**Hinweis: Bei Fällen höherer Gewalt** (z. B. plötzliche schwere Erkrankung, Unfall, Naturkatastrophen) **wird selbstverständlich keine Ausfallpauschale berechnet.** Bitte informieren Sie uns in solchen Fällen schnellstmöglich.

Diese Regelung gilt für alle vereinbarten, aber nicht wahrgenommenen Termine ohne rechtzeitige Absage.

Bitte beachten Sie auch: **Sollte eine zweite Rechnung aufgrund eines weiteren nicht abgesagten Termins erfolgen müssen, behalten wir uns vor, künftig keine weiteren Termine mehr mit Ihnen zu vereinbaren.**

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese Vereinbarungen an und erklären sich damit einverstanden.

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift

**Bitte Wenden!**

**Bei Bedarf von allen Patienten auszufüllen!**

**Freiwillige Datenübermittlung an weitere Ärzte**

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a DS-GVO)

Ich, \_\_\_\_\_ [Vorname, Name des Patienten],

geboren am: \_\_\_\_\_ [Geburtsdatum],

wohnhaft in: \_\_\_\_\_ [Anschrift]

bin damit einverstanden, dass die Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die unten angegebenen Ärzte zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Kontaktdaten der Ärzte (Name und Anschrift)

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen zu werden.

Ja ☐ Nein ☐

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per E-Mail erhalte.

Ja ☐ Nein ☐

E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Die Einwilligung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_

(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift des Patienten)