

Anamnesebogen und Schweigepflichtsentbindung

Liebe Patientinnen und Patienten, bitte füllen Sie unseren Fragebogen vollständig aus und geben diesen anschließend an der Anmeldung ab, vielen Dank!

Wenn Sie Vorbefunde oder Bilder dabei haben, geben Sie diese bitte JETZT an der Anmeldung ab, bevor Sie den Bogen weiter ausfüllen!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Beruf/Beruf vor der Berentung _____

Arbeitsunfähig? Nein Ja seit _____ Berentet

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Seelische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> HIV |

Sonstige Erkrankungen: _____

Trinken Sie Alkohol? Ja gelegentlich regelmäßig Nein
 Rauchen Sie? Ja Nein
 Nehmen Sie Drogen? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja (Bitte in Liste eintragen) Nein

Eingenommene Medikamente (Name, Stärke) oder Medikamentenplan abgeben.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Wichtige Angaben (große Operationen, Medikamentenunverträglichkeiten, Herzschrittmacher, Allergien, etc.):

Waren Sie wegen einer neurologischen und/oder psychiatrischen Erkrankung stationär oder teilstationär in einem Krankenhaus aufgenommen? Ja Nein
 Wenn ja, wo und wann?

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN

Folgende Personen (Name, Vorname):

- dürfen meine Rezepte abholen
- dürfen meine ärztlichen Befunde ausgehändigt bekommen
- darf der Arzt/die Ärztin meine medizinischen Befunde mitteilen

- Ich habe eine/n gesetzliche/n Betreuer/in
- eine Patientenverfügung
- eine Generalvollmacht ausgestellt

Zustimmung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten durch die Fachärztin / den Facharzt nach § 73 Abs. 1 b SGB V

Liebe Patientinnen und Patienten, wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl einer der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular erteilen Sie der BAG Neuropraxis Wendlingen, Brückenstraße 28, 73240 Wendlingen, die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

ODER

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

ODER

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

Meine Hausärztin/Hausarzt ist: _____

Weitere Ärztinnen/Ärzte: _____

Die Schweigepflichtentbindung/Einverständniserklärung kann von mir jederzeit, auch in Teilen, ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Behandlung in der Neuropraxis Wendlingen voraussetzt, dass alle Mitarbeiter der Neuropraxis Wendlingen aus medizinische oder organisatorischen Gründen meine Krankenakte einsehen dürfen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden können. (Aushang in der Praxis)

Wendlingen, den _____

Unterschrift

Die Patienteninformation zum Datenschutz liegt in der Praxis aus und finden Sie auf unserer Homepage www.neuropraxis-wendlingen.de