

# NEUROPRAXIS STEGLITZ

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Festnetztelefon: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer neurologischen Praxis! Wir bitten Sie vor Beginn der Untersuchung einige Fragen zu beantworten. Alle Angaben sind freiwillig, können jederzeit widerrufen werden, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt, hilft aber uns für eine gute Versorgung.

## Überweisende und behandelnde Ärztinnen und Ärzte

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie damit einverstanden sind, dass diese/r Behandler\*in Auskunft über Ihre bei uns erhobenen Befunde erhalten darf.

Name des Arztes	Fachrichtung	Adresse	Auskunft
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wir unterliegen der Schweigepflicht. Sie können aber die Namen der Personen angeben, denen wir Auskünfte erteilen bzw. Rezepte ausgeben dürfen.

**Auskunfts- und abholberechtigt** sind (Name, ggf. Tel.), und stehen in welchem Zusammenhang zu Ihnen:

## Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Neurologe die für die Behandlung erforderlichen medizinischen Informationen und Befunde von anderen Ärzten, bei denen ich in Behandlung war oder bin, einholen darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass auf meine Anforderung hin per E-Mail z.B. Laborwerte oder MRT/CT's an mich übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

ja  nein


Ich stimme zu, dass ich an vereinbarte Termine via E-Mail erinnert werden kann. Von dieser Einwilligung kann ich jederzeit zurücktreten.

ja  nein

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Neurologe mich telefonisch/per E-Mail an eine erneute Wiedervorstellung erinnern darf. Von dieser Einwilligung kann ich jederzeit zurücktreten.

ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte wenden zur Seite 2 

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen, falls zutreffend! Bitte ergänzen Sie gegebenenfalls weitere Informationen.**

Lebensumstände	Wohnsituation	Beruf/ Tätigkeit
	<input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> mit Partner*in lebend <input type="checkbox"/> mit Kind(ern) lebend <input type="checkbox"/> mit Eltern(teil) lebend	Welche(n) _____ <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> wie viele Stunden ____ <input type="checkbox"/> freiberuflich/selbständig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> berentet seit:
<input type="checkbox"/> Kinder	Anzahl:	Pflegegrad:
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderung	Grad:                      Merkzeichen:	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung	Betreuer ist:	

Erkrankungen			
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Arterielle Verschlusskrankheit	<input type="checkbox"/> Cholesterin erhöht	<input type="checkbox"/> Diabetes m.	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	Welche:		
<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung	Welche:		
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	Welche:		
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	Welche:		
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	Wann:		
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	Wann:		
<input type="checkbox"/> Thrombosen	Wo:		
<input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen? Welche?		seit wann:	

<input type="checkbox"/> <b>Allergien/Unverträglichkeiten</b>	Welche:		
<input type="checkbox"/> <b>Rauchen</b>	Zigaretten pro Tag:		seit wann:
<input type="checkbox"/> <b>Alkohol</b>	<1x/Woche	<input type="checkbox"/> 1x/Woche	täglich
<input type="checkbox"/> <b>Chemotherapie, jemals</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Schwangerschaft</b>	Wievielte Schwangerschaftswoche?		

Implantate		
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/> Metallimplantate	<input type="checkbox"/> Hirnschrittmacher (DBS)
<input type="checkbox"/> Stent	<input type="checkbox"/> Blasenmodulator	<input type="checkbox"/> Ventrikulo-peritonealer Shunt
<input type="checkbox"/> Andere Implantate	<input type="checkbox"/> Welche:	

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen, falls zutreffend! Bitte ergänzen Sie gegebenenfalls weitere Informationen.**

<b>Medikamente:</b>		
<input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente	Welche:	Dosierung:
<input type="checkbox"/> Andere Medikamente	Welche:	Dosierung:

<b>Untersuchungen</b>		
<input type="checkbox"/> Ultraschall der Halsgefäße	Wann:	
<input type="checkbox"/> EEG (Hirnstrommessung)	Wann:	
<input type="checkbox"/> MRT	Wann:	Welches Körperteil:
<input type="checkbox"/> CT	Wann:	Welches Körperteil:
<input type="checkbox"/> Nervenmessung	Wann:	Welches Körperteil:
<input type="checkbox"/> Andere Untersuchungen	Wann:	Welche

<b>Immunstatus Corona</b>	Datum der letzten Impfung: _____	
	Anzahl der Impfungen: _____	
Genesen:	Wann:	Keine Impfung:

Bitte nennen Sie den aktuellen Vorstellungsgrund bzw. beschreiben die Art Ihrer Beschwerden:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!