

Cher patient, chère patiente!

Bienvenu(e) dans notre cabinet neurologique! Pour faciliter votre et notre travail et organiser votre visite dans notre cabinet de manière efficace, nous vous demandons de répondre aux questions suivantes:

Nom	Prénom
Nationalité	Adresse email
Telephone fixe	Telephone mobile

Autres médecins traitants et référents

Nom	Specialité	Adresse	* Veuillez cocher si oui ou non vous acceptez que ce médecin traitant peut recevoir des rapports médicaux sur votre personne.
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Nous sommes soumis au secret medical, c'est a dire que nous partageons des informations (rapports, ordonnances) uniquement avec vous en personne. Néanmoins, si vous souhaitez, vous avez l'option de citer des personnes autorisées de recevoir des informations personnelles et venir chercher des ordonnances à votre place.

Les personnes autorisés de recevoir des informations personnelles et ordonnances sont:

J'accepte que ma neurologue traitante puisse obtenir des rapports médicaux d'autres médecins traitants, nécessaires pour un traitement adéquat. Je suis au courant que je peux retirer cette déclaration de consentement à chaque moment.

oui non

J'accepte et je demande de recevoir des résultats d'analyses par mail. Je suis au courant que je peux retirer cette déclaration de consentement à chaque moment.

oui non

Date

Signature

Conditions de vie	Situation du logement: <input type="checkbox"/> seulÉ <input type="checkbox"/> vivant avec un(e) partenaire <input type="checkbox"/> vivant avec des enfants <input type="checkbox"/> vivant avec les parents	Etat civil: <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf/ veuve <input type="checkbox"/> divorcé(e)/ vivant séparément <input type="checkbox"/> marié(e)
Enfants	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui - nombre:	
Profession	<input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> retraité	
Handicap	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, degré:	
Tutelle	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, nom du représentant légal:	

Tourner la page

NEUROLOGIE BERLIN-MITTE

Toute médication actuelle (comprenant pilule contraceptive, pansements et médicaments sous forme de gouttes)

Médicament (nom)	matin	midi	soir	nuit	prescrit par/ pour/ remarques

Allergies

Fumez vous? non oui Quantité par jour:

Buvez vous de l'alcool? non oui Quantité:

Motif de présentation/ caractère des troubles médicaux:

Spécification d'autres troubles physiques et psychologiques dans le passé et actuellement, ainsi que des accidents et opérations.

Merci beaucoup de remplir ce questionnaire!