

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer neurologischen Praxis! Um Ihnen und uns die Arbeit zu erleichtern und den Besuch in unserer Praxis möglichst effizient zu gestalten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Name	Vorname
Nationalität	E-Mail-Adresse
Festnetztelefon	Mobiltelefon

Überweisende und weitere behandelnde Ärztinnen und Ärzte (ggf. auch Psychotherapeuten)

Name	Fachrichtung	Adresse	* Bitte kreuzen Sie hier an, ob Sie damit einverstanden sind, dass diese/r Behandler/in Auskunft über Ihre bei uns erhobenen Befunde bekommen darf.
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wir unterliegen der Schweigepflicht, d.h. wir geben Informationen (Befunde, Rezepte etc.) ausschließlich an Sie persönlich weiter. Sie können aber hier die Namen der Personen angeben, denen wir Auskünfte erteilen bzw. Rezepte etc. ausgeben dürfen. Wir handeln dann gerne in Ihrem Auftrag.

Auskunfts- und abholberechtigt sind

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Neurologin die für meine Behandlung erforderlichen medizinische Behandlungsdaten und Befunde von mir von anderen Ärzten, bei denen ich in Behandlung war oder bin, einholt. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

ja nein

Ich bin damit einverstanden und bitte darum, auf meine Anforderung hin per E-Mail Laborwerte übermittelt zu bekommen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

ja nein

Datum

Unterschrift

Lebensumstände	Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit PartnerIn lebend <input type="checkbox"/> mit Kind(ern) lebend <input type="checkbox"/> mit Eltern(teil) lebend	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert
Kinder	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja- Anzahl:	
Beruf/Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> freiberuflich/selbständig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> berentet	
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad:	Merkzeichen:
Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gesetzlicher Betreuer ist:	

bitte wenden

NEUROLOGIE BERLIN-MITTE

Alle Medikamente (einschließlich „Pille“, Tropfen und Pflaster), die Sie momentan einnehmen

Medikament (Name)	morgens	mittags	abends	zur Nacht	verordnet von/wegen/Anmerkungen

Allergien

Rauchen Sie? nein ja Menge pro Tag:

Trinken Sie Alkohol nein ja Menge:

Vorstellungsgrund/Art der Beschwerden

Angaben zu wichtigen körperlichen und seelischen Vor- oder Begleiterkrankungen
(Geben Sie bitte auch Unfälle wie z.B. Schädelhirntrauma an, sowie wichtige Operationen.)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!