



NEUROLOGIKUM ITZEHOE

DR. MED. ALEXANDER B. SCHMIED

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis gekommen sind und heißen Sie im NEUROLOGIKUM ITZEHOE herzlich Willkommen.

Um einen optimalen Behandlungsablauf zu gewährleisten, möchten wir Sie hiermit bitten, die nachfolgenden Fragen sorgfältig und gewissenhaft zu beantworten.

Da Sie sich zum ersten Mal in unserer Behandlung befinden, benötigen wir zusätzlich alle Informationen eventueller Vorbehandler (d.h. Berichte, Untersuchungsergebnisse, Labor, Röntgenbilder, Medikamentenplan usw.) Falls Sie diese nicht dabei haben sollten, möchten wir Sie bitten, diese während der heutigen Wartezeit bereits anzufordern.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon privat _____ mobil _____ e-mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon geschäftlich _____

_____ Sind Sie Rechtshänder? Sind Sie Linkshänder?
Hausarzt

Größe: _____

Gewicht: _____

Was haben Sie für neurologische Beschwerden?

1. Epilepsie ja nein
2. Kopfschmerzen ja nein
3. Migräne ja nein
4. Multiple Sklerose ja nein
5. Parkinson ja nein
6. Schwindel ja nein
7. Taubheit/Schmerzen/Kribbelgefühl in den Extremitäten ja nein
8. Vergesslichkeit ja nein
9. Zustand nach Schlaganfall ja nein

Sonstiges _____

Bitte wenden →



Anamnesebogen

Welche nicht neurologischen Erkrankungen sind bei ihnen bekannt?

- Keine
1. Bluthochdruck ja nein
2. Cholesterin ja nein
3. Diabetes ja nein
4. Herzkrankheiten ja nein
5. Krebs ja nein
6. Lebererkrankungen ja nein
7. Magenerkrankungen ja nein
8. Nierenerkrankungen ja nein
9. Psychische Erkrankungen ja nein
10. Schilddrüse ja nein

Sonstiges _____

Sind in Ihrer Familie Erkrankungen bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche _____

Haben Sie einen Impfausweis? ja nein

Bitte bringen Sie diesen bei jedem Besuch mit. Wir überprüfen Ihren Impfstatus gerne.

Sind Sie an individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) interessiert? ja nein

Wenn ja, auf welchem Gebiet?

Schlaganfallvorsorge ja nein Demenzvorsorge ja nein

Individuelle Blutuntersuchungen ja nein Akupunktur ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Telefonbuch/Gelbe Seiten Internet

Auf Empfehlung Sonstiges _____

Bitte wenden →



NEUROLOGIKUM ITZELHOE

DR. MED. ALEXANDER B. SCHMIED

Anamnesebogen

Nehmen Sie Medikamente ein?

Name	Häufigkeit morgens/mit- tags/abends/z.N.	Seit wann ?	Gegen welche Be- schwerden ?

Wir möchten Sie bitten, uns umgehend über alle auftretenden Änderung bzgl. Ihres Krankheitszustandes, wie z.B. Medikamentenänderungen, zu informieren

Da wir eine Bestellpraxis führen, das bedeutet, dass Ihre Termine nur für Sie reserviert sind, werden wir bei Nichteinhalten oder kurzfristiger Absage von weniger als 24 Stunden, Bezug nehmen auf §615/280 BGB (Ausfallhonorar) und die Ausfallzeit privat in Rechnung stellen.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre Befunde automatisch an weiterbehandelnde Ärzte übermitteln, wenn diese bei uns angefordert werden? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam

Bitte wenden →



Anamnesebogen

Entbindung von der Schweigepflicht

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Sie haben sich bei uns für eine medizinische Behandlung entschieden. Im Rahmen Ihrer Behandlung ist eine interne Datenverarbeitung (EDV) und gegebenenfalls Datenweitergabe an Dritte notwendig. Deswegen möchten wir Sie über den Umgang mit Ihren Daten in unserer Praxis informieren.

Im Rahmen Ihrer Behandlung arbeiten wir als Team (Arzt und Mitarbeiterinnen) zusammen. Deswegen haben im Rahmen Ihrer Behandlung auch alle Mitarbeiterinnen Zugang zu Ihren Gesundheitsdaten. Wir weisen Sie darauf hin, dass selbstverständlich alle Mitarbeiterinnen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Desweiteren bin ich darüber informiert worden, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften an Leistungsträger der Sozialversicherung (bspw. die Krankenkasse) unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen weitergegeben werden müssen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung an meinen Hausarzt übermittelt werden. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden. Ja Nein

Falls Sie dem zustimmen, geben Sie bitte Daten des Angehörigen an, der auf ihre Daten zugreifen kann:

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Ich bin darüber informiert worden, dass ich die Einwilligung zur Weitergabe meiner persönlichen Daten jederzeit widerrufen kann!

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten