



## 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 →**



## Anamnesebogen

### Nehmen Sie Medikamente ein?

Name Angabe in mg	Häufigkeit morgens/mittags/ abends z.Nacht/bei Bedarf/Freitext	Seit wann?	Gegen welche Beschwerden?

Wir möchten Sie bitten, uns umgehend über alle auftretenden Änderungen 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

**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: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten

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