

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis! Um Sie best möglich behandeln zu können, benötigen wir neben Ihren Personaldaten auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. *Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig!* Bei Fragen sind wir Ihnen gerne behilflich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes.

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
----------------	--	---------------	--

Wer ist Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin?	
---	--

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?	
---	--

Besteht bei Ihnen eine Medikamenten-Allergie und/oder -Unverträglichkeit?	O Nein	O Ja: _____
---	--------	-------------

Welche Medikamente nehmen Sie ein? **Alternativ können Sie uns auch einen aktuellen Medikationsplan Ihrer Hausarztpraxis vorlegen!** Ggf. können Sie auch die *Rückseite* des Blattes verwenden.

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Hatten oder haben Sie (bitte ankreuzen)?

Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Lungenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Lebererkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Trinken Sie Alkohol? O nein O gelegentlich O regelmäßig	Rauchen Sie? O nein O gelegentlich O regelmäßig
---	---

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten u. Befunden § 73 Abs. 1b SGB V

- Ich bin damit einverstanden, dass die neurologische Praxis Gevelsberg (Fest/Sojka) Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die z.B. meinem Hausarzt, einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet diese Informationen an die neurologische Praxis Gevelsberg (Fest/Sojka) weiterzuleiten. Mein Neurologe darf diese Information nur zur Dokumentation und weitere Behandlung verwenden.
- Ich bin einverstanden, dass die neurologische Praxis Gevelsberg (Fest/Sojka) Behandlungsdaten und Befunde von mir an meinen Hausarzt, einen Facharzt, einen Psychotherapeuten oder einen anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, weiterleitet.
- Ich bin einverstanden, dass mich betreffende Verordnungen (Rezepte, Heilmittelverordnungen, Überweisungen, Einweisungen, etc.) auch an Dritte (z.B. Ehepartner, Angehörige, Bevollmächtigte) ausgegeben werden.

Die in der Praxis ausliegende Information zum Datenschutz (Patienteninformation) habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass ich auch die relevanten Verarbeitungsverzeichnisse auf Nachfrage in der Praxis einsehen kann.

Gevelsberg, den _____ Datum und Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten