

# Praxis für Neurologie und Psychiatrie Karlstal

Dr. med. B. Schmalbach und Prof. Dr. med. H. Laufs mit Dr. med. B. von Unruh

*Willkommen in unserer Praxis!*

*Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, so gut Sie können und soweit Sie möchten. Vielen Dank!*

**Personenbezogene Daten:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Festnetz ☎ \_\_\_\_\_ Mobil ☎ \_\_\_\_\_

**Meine behandelnden Ärzte:** Hausarztpraxis:

Name, Straße, Ort: \_\_\_\_\_

☐ Mein Hausarzt darf Berichte erhalten. ☐ Mein Hausarzt darf **keinen** Bericht erhalten.

Ich bin oder war bei Ärzten folgender **Fachrichtungen** in Behandlung:

☐ Orthopädie; ☐ Psychiatrie/Psychotherapie; ☐ Neurologie; ☐ HNO; ☐ Augen; ☐ Schmerzmedizin.

**Medizinische Vorgeschichte und Begleiterkrankungen:**

☐ ♡-Rhythmusstörung; ☐ ♡-Schrittmacher; ☐ Schlaganfall; ☐ Zuckerkrankheit; ☐ Bluthochdruck;  
☐ hohe Blutfette; ☐ Rauchen; ☐ Schilddrüsenerkrankung; ☐ Nierenerkrankung; ☐ Asthma; ☐ Rheuma;  
☐ psychiatrische Krankheit; ☐ Krebserkrankung; ☐ Bandscheiben-OP; ☐ künstliches Gelenk.

**Bisherige Untersuchungen:** ☐ MRT Kopf ☐ MRT Wirbelsäule.

**Führerschein:** ☐ Ja. ☐ Nein.

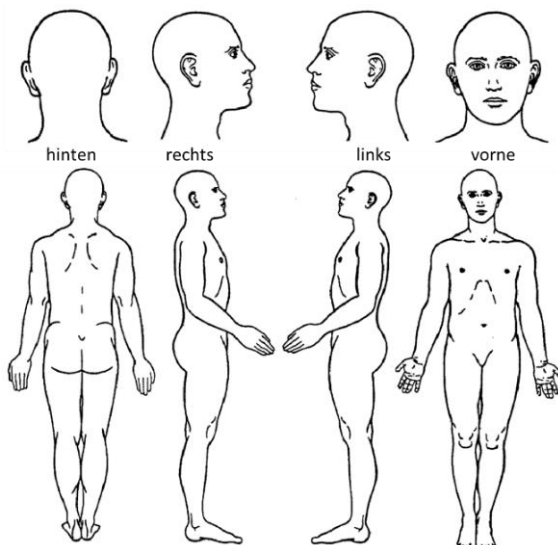
**Medikamente:** ☐ siehe separaten Plan oder: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medikamentenallergien/-unverträglichkeiten:** \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden:** \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden und markieren Sie ggf. betroffene Körperstellen. Danke.



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Praxis für Neurologie und Psychiatrie Karlstal

Dr. med. B. Schmalbach und Prof. Dr. med. H. Laufs mit Dr. med. B. von Unruh

Liebe Patientin, lieber Patient,

gemeinsam mit Ihnen bemühen wir uns um Ihre Gesundheit. Es kann aber zu Situationen kommen, in denen Sie auf die Unterstützung anderer angewiesen sind. Bitte lassen Sie uns wissen, wer diese Personen für Sie sind oder sein könnten. Sofern Sie möchten, dass wir diesen Personen gegenüber Auskunft über Sie erteilen, bitten wir Sie um eine Entbindung von der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Angaben und Ihr Vertrauen.

*Ihr Praxisteam*

## Kontaktperson oder Hilfsperson Ihres Vertrauens:

☐ Ehe-/Lebenspartner; ☐ Sohn/Tochter; ☐ Eltern; ☐ Nachbar(in); ☐ Freund(in); ☐ \_\_\_\_\_

Name(n), Vorname(n): \_\_\_\_\_

☐ Die Person hat eingewilligt, dass ich folgende Kontaktdaten hinterlasse:

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Festnetz ① \_\_\_\_\_ Mobil ① \_\_\_\_\_

☐ Gegenüber der vorgenannten Person entbinde ich die in oben genannter Praxisgemeinschaft Tätigen von der Schweigepflicht bis auf Widerruf.

☐ Ich habe **keinen** gesetzlichen Betreuer oder ☐ Ich habe einen **gesetzlichen Betreuer**:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Festnetz ① \_\_\_\_\_ Mobil ① \_\_\_\_\_

Folgende Einrichtung oder Person ist in meine Versorgung eingebunden:

\_\_\_\_\_

z.B. Pflegedienst, Apotheke, Angehörige, Unterstützungsperson

☐ Dieser gegenüber entbinde ich die in oben genannter Praxisgemeinschaft Tätigen bis auf Widerruf von der Schweigepflicht bzgl. Medikationsplänen, Rezepten, Heilmittelverordnungen, \_\_\_\_\_.

Ich mache diese Angaben freiwillig und bin mir bewusst, dass ich diese jederzeit ändern oder widerrufen kann. Die ausliegende „Patienteninformation zum Datenschutz“ vom 02.01.2023 habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie zum eigenen Gebrauch kann ich am Tresen erhalten.

Kiel, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient