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

PRAXIS FÜR NEUROLOGIE UND EPILEPTOLOGIE

Willkommen in unserer Praxis!
Bitte füllen Sie den Anamnesebogen aus, so gut Sie können und soweit Sie möchten. Vielen Dank!

Personenbezogene Daten: Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Festnetz ✆_____ Mobil ✆_____

Mit Angabe der Kontaktdaten willige ich ein, dass ich über diese kontaktiert werden darf.

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; ☐ Schilddrüsenkrankheit; ☐ Nierenkrankheit; ☐ Asthma; ☐ Rheuma;
☐ psychiatrische Krankheit; ☐ Krebserkrankung; ☐ Bandscheiben-OP; ☐ künstliches Gelenk.

Bisherige Untersuchungen: ☐ MRT Kopf ☐ MRT Wirbelsäule. **Führerschein**: ☐ Ja. ☐ Nein.

Medikamente: ☐ siehe separaten Plan oder: _____

_____

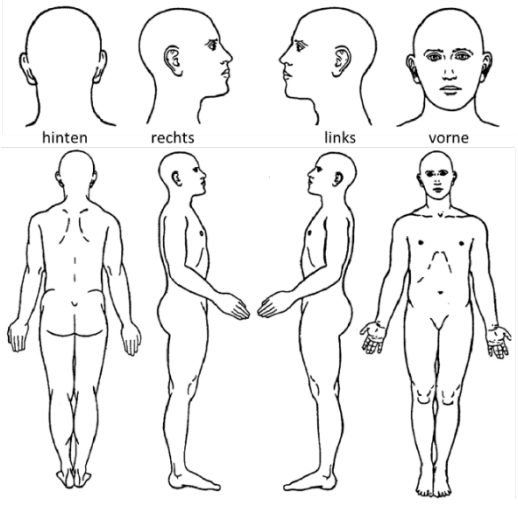
_____

_____

Medikamentenallergien/-unverträglichkeiten: _____

Aktuelle Beschwerden: seit: _____

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



_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Bitte wenden

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

PRAXIS FÜR NEUROLOGIE UND EPILEPTOLOGIE

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 und/oder gesetzliche Betreuungsperson:

☐ Ich habe **keine** gesetzliche Betreuungsperson.

☐ Ehe-/Lebenspartner; ☐ Sohn/Tochter; ☐ Eltern; ☐ _____; ☐ gesetzl. Betreuung

Name(n), Vorname(n):_____

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

Straße: _____ Ort: _____

Festnetz ✆_____ Mobil ✆_____

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

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, _____.

Einen Aushang zur elektronischen Patientenakte (ePA) finden Sie in unserem Wartezimmer oder erhalten Sie auf Wunsch an der Anmeldung. Sofern Sie nicht per App oder anderweitig gegenüber Ihrer Krankenkasse dagegen widersprochen haben, willigen Sie mit dem Einlesen Ihrer Gesundheitskarte in unserer Praxis in die gesetzlich vorgeschriebene Übertragung der durch unsere Praxisgemeinschaft erstellten Arztberichte und erhobenen Labordaten in die ePA ein. Bitte weisen Sie uns daraufhin, wenn Sie möchten, dass folgende sensible Daten **nicht** übertragen werden:

☐ Ergebnisse genetischer Untersuchungen; ☐ psychische Erkrankung; ☐ _____

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