Praxis für Neurologie und Psychiatrie
Hohenzollerndamm 187, 10713 Berlin, Tel. 030 887 27 68 90, Fax. 030 887 27 68 99
Dr. med. Wolfgang Niemczyk Dr. med. Silke Onken

Vor- und Nachname: _____

Geb. am: _____ Geschlecht: ❑ weibl. ❑ männl. ❑ divers

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Name des Hausarztes: _____

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten (Datenschutz):
Zum Zwecke der Behandlung werden personenbezogene Daten (Patientendaten) erhoben, gespeichert und weitergeleitet. Dies geschieht zu Abrechnungszwecken und zur Erhebung spezieller Werte, zum Beispiel Laborwerte. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte dem Aushang in der Praxis.

Diese Einwilligungen kann ich jederzeit teilweise oder vollständig widerrufen.

_____

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten / Betreuers

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Stichworten bzw. kreuzen Sie das jeweilige Zutreffende an!

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	O	Bluthochdruck	O
Schilddrüsenerkrankung	O	Angina pectoris	O
Lebererkrankung	O	sonstige Herzerkrankung	O
Nierenerkrankung	O	Durchblutungsstörung	O
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	O	Krebserkrankungen welche	O
Glaukom / grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)	O	Epilepsie	O
sonstige Erkrankungen:			

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		**Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:**
Nein O	Ja O	1.
		2.
		3.
		4.

Bitte wenden!

Leiden Sie an Medikamenten-unverträglichkeiten?		**Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:**
Nein ○	Ja ○	1.
		2.
		3.
		4.
Leiden Sie an Allergien?		**Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**
Nein ○	Ja ○	1.
		2.
		3.
		4.
Grund der Vorstellung, aktuelle Beschwerden:		
Waren Sie mit diesem Anliegen bereits bei einem anderen Facharzt?		
Bisherige Therapien: Gibt es/Gab es bisher schon Therapien? Wenn ja, welche und in welchem Jahr? *(z.B. Psychotherapie/Verhaltenstherapie/Gesprächstherapie, Ergotherapie, Logopädie (Sprachtherapie), Krankengymnastik, stationäre oder ambulante Behandlung in einer Klinik)*		

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt? _____

Ausgefüllt am (Datum): _____

Unterschrift des Patienten/Betreuers