



NEUROLOGIE AM DIAKONISSEN KRANKENHAUS

Dr. med. Barbara Müller
Fachärztin für Neurologie
Fachärztin für Neurochirurgie

Dr. med. Jochen Patzner
Facharzt für Neurologie

Gemeinschaftspraxis
Graf-Eberstein-Str. 2e
76199 Karlsruhe
Telefon 0721-961949-40
Fax 0721-961949-89
www.neurologie-am-diak.de

Aufnahmebogen und Einwilligungserklärung für neue Patientinnen und Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir bitten Sie, folgenden Bogen möglichst genau auszufüllen und zu unterschreiben. Dies soll helfen, mehr Zeit für das ärztliche Gespräch und die Untersuchung zu haben. Diese Daten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ und Ort: _____

Telefonnummer Festnetz: _____ mobil: _____

Hausarzt/ärztin: _____ Adresse Hausarzt/ärztin: _____

Facharzt/ärztin: _____ Adresse Facharzt/ärztin: _____

Allergien gegen Medikamente? O nein O ja: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____

Welche Krankheiten sind bei Ihnen festgestellt worden?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Haben Sie irgendwelche schweren Unfälle erlitten?

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? O nein O ja

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten nach §73 Abs 1b SGB V:

Ich willige ein, dass mein/e behandelnde/r Facharzt/ärztin 1. meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zweck der Dokumentation und meiner weiteren Behandlung übermittelt, 2. bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt. Er darf diese zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeiten und nutzen, und 3. anderen Ärzten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Karlsruhe, den _____

Unterschrift (Vorname und Name), ggf gesetzl. Vertreter

Wir danken für Ihre Mitarbeit! Ihr Praxisteam