

ANAMNESEBOGEN

zur Angabe der wichtigsten Informationen über Sie

Ihr Name und Vorname

Ihr Geburtstag

Ihre Telefon-Nummer

Ihre E-Mail-Adresse

Ihr:e Hausärztin bzw. Hausarzt

Eine Kontaktperson (zum Beispiel Verwandte) mit Telefon-Nummer

IHRE VORERKRANKUNGEN, SOFERN BEKANNT

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Hirninfarkt | <input type="checkbox"/> andere seelische Leiden |

KEINE

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |

Sonstige Krankheiten: _____

Medikamentenunverträglichkeiten, Allergien: _____

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Körpergröße: _____ cm |
| <input type="checkbox"/> Nichtraucher | <input type="checkbox"/> Körpergewicht: _____ kg |

IHRE MEDIKAMENTE (BITTE MIT DOSIERUNGEN ANGEBEN)

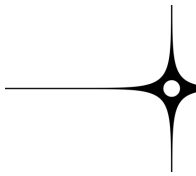
KEINE

IHRE LEBENSUMSTÄNDE

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> alleine lebend | <input type="checkbox"/> berufliche Tätigkeit: _____ | <input type="checkbox"/> Pflegegrad: _____ |
| <input type="checkbox"/> in Partnerschaft | <input type="checkbox"/> arbeitssuchend | <input type="checkbox"/> GdB: _____ |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> gesetzliche:r Betreuer:in: _____ | <input type="checkbox"/> Merkzeichen: _____ |

Ort, Datum

Ihre Unterschrift
(oder ggf. Ihrer/s gesetzlichen Vertreters/in)



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ihr Name und Vorname

Ihr Geburtstag

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der »**neuropraxis neukölln**« (Karl-Marx-Straße 272, 12057 Berlin) meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Die Praxis hat ein Informationsblatt zum Datenschutz zur Ansicht bereitgestellt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte, genauer:

1. über den Umfang und die Art meiner Daten
2. über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
3. über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und die Folgen daraus.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

1. Behandlungsdaten und Befunde von anderen Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung **angefordert** werden können
2. Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Leistungserbringer **übermittelt** werden dürfen. Darunter fallen z.B. auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten in Anspruch genommen werden, die für Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Mir ist auch bekannt, dass Übermittlungen von Daten über Telefon, Fax oder Email nicht absolut sicher sind. Sofern dies notwendig ist, stimme ich dennoch dem Empfang und der Übermittlung von Arztbriefen und Befunden an und von mitbehandelnde Ärzt:innen und Pflegediensten zu.

Hiermit bin ich einverstanden mit der **Datenübermittlung an Arztpraxen und Pflegedienste** über:

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|
| - Telefon | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | (bitte ankreuzen) |
| - FAX | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | (bitte ankreuzen) |
| - E-Mail <u>verschlüsselt</u> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | (bitte ankreuzen) |

Hiermit bin ich einverstanden, dass **wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen** über:

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|
| - Telefon | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | (bitte ankreuzen) |
| - E-Mail <u>verschlüsselt</u> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | (bitte ankreuzen) |
| - Video-Sprechstunde | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | (bitte ankreuzen) |

Ort, Datum

Ihre Unterschrift
(oder die Ihrer/s gesetzlichen Vertreters/in)