

Anamnesebogen – Neurologie Hr. Herscu

Name, Vorname: _____

Tel. Nr.: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____ in _____

Bitte füllen Sie die Fragen vollständig und korrekt aus. Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die richtige Behandlung für Sie auszuwählen.

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

psychisch neurologisch

Welche Symptome: _____

Welche bedeutsamen Erkrankungen, insbesondere an Herz, Lunge, Leber, Niere, Verdauungsorganen, Schilddrüse, Wirbelsäule und Gliedmaßen, sowie Allergien, Infektionskrankheiten sowie psychiatrische oder neurologische Erkrankungen **haben Sie durchgemacht und wann?**

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

Erfolgte Operationen und/oder relevante Unfälle, Krankenhausaufenthalt, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte:

1. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

2. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

3. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

Letzte Röntgenuntersuchung, Kernspintomographie:

Untersuchung: _____ Zeitpunkt, Körperregion: _____

Untersuchung: _____ Zeitpunkt, Körperregion: _____

Leiden Sie an:

1. Bluthochdruck Nein Ja

2. Diabetes mellitus Nein Ja

3. Hohen Blutfettwerten Nein Ja

4. Alkoholkonsum Nein Ja (Menge pro Woche)

5. Rauchen Sie? Nein Ja (wie viel)

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____

Bekannte Medikamentenallergien:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) _____

Grad der Behinderung (GdB) _____

Arbeitsunfähig (AU) seit _____

Wesel, den _____ Unterschrift _____

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

die Gesetze über den Datenschutz verlangen, dass wir von Ihnen eine schriftliche Einwilligung einholen müssen, damit wir Daten über Sie speichern und damit arbeiten dürfen. Ihre Daten sind streng gesichert und können nur von Menschen eingesehen werden, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen!

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	

		Bitte Zutreffendes ankreuzen	
		Einverstanden	nicht einverstanden
1.	Meine im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten dürfen in der Praxis-EDV gespeichert werden.		
2.	Die gespeicherten Daten dürfen in schriftlicher z.B. Fax bzw. mündlicher Form mit anderen, Sie betreuenden Ärztinnen/Ärzten oder Institutionen z.B. Radiologie/Kliniken besprochen bzw. weitergegeben werden.		
3.	Das MVZ darf Daten und Befunde von vorbehandelnden Ärztinnen oder Ärzten anfordern, um weiter behandeln zu können.		
4.	Ich bin damit einverstanden, dass Medikamente und Infusionslösungen im Rahmen der Behandlung von öffentlichen Apotheken in die Praxis geliefert werden. Achtung: Wenn Sie nicht von der Zuzahlung für Medikamente befreit sind, bekommen Sie Rechnungen über die Zuzahlung von den Apotheken nach Hause geschickt.		
5. Folgende Personen dürfen Auskunft über meine Erkrankung und deren Verlauf erhalten <ul style="list-style-type: none"> • Name: • Anschrift: • Tel. Nr.: 			

Wesel, den _____

Unterschrift: _____