

Patientenfragebogen

Gesetzlich

Um uns besser auf Ihr Anliegen konzentrieren zu können, möchten wir Sie bitten, vorab einige Informationsfragen zu beantworten.

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____._____._____

E-Mail: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____
(Bitte Adresse mit angeben)

Stamm-Apotheke: _____

Überweiser: _____
(Bitte Adresse mit angeben)

Allergien: _____

Arztbrief per: ☐ Ausdruck ☐ E-Mail ☐ Arzt-Direkt App

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ?

- o siehe Mediplan _____ - _____
- _____ - _____
- _____ - _____

Unter welchen Symptomen / Beschwerden leiden Sie ?

Symptome / Beschwerden	Seit wann
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____

Welche Erkrankungen /Vorbehandlungen sind noch bekannt ? (z.B.Herzschriltmacher)

- _____

Schweigepflicht/Datenschutz:

1. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisenden Arzt zu nennen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.
2. Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.
3. Ich bin auch damit einverstanden, dass die von der Praxis Neurologie Gräfelfing erforderlichen Daten und Befunde beim Hausarzt und anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, eingeholt werden. Diese Informationen dürfen nur zum Zwecke der von der Praxis zu erbringenden Leistungen verwendet werden.
4. Bitte überprüfen Sie nochmals ihre E-Mail Adresse (bei angekreuztem Arztbrief per E-Mail),
es wird keine Haftung übernommen, falls eine falsche Mailadresse hinterlegt worden ist.
5. Das Informationsblatt zum Datenschutz (im Wartezimmer ausliegend) habe ich gelesen und verstanden. Ich habe diesbezüglich keine weiteren Fragen.

Sie können diese Willensäußerung und Einverständniserklärung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Gräfelfing

Ort, Datum

Unterschrift