

Praxis für Neurologie

Dr. med. Sven Ehrlich

Kohlgartenstr. 71, 04315 Leipzig

Tel: 0341-49276088, Fax: 0341-65853946, mail: info@neurologie-ehrlich.de



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie in unserer Praxis und möchten Sie im Interesse Ihrer Behandlung bitten, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bezüglich der Datenverarbeitung gemäß aktueller Datenschutzrichtlinien bitten wir Sie, den jeweilig gültigen Aushang in unseren Praxisräumen zu beachten und die Schweigepflichtentbindung auf der Rückseite auszufüllen.

Name, Vorname

.....
Geschlecht

.....
Geburtsdatum

.....
Familienstand

.....
Staatsangehörigkeit, Muttersprache

.....
Adresse (Straße, PLZ, Ort

.....
Telefon (Festnetz, Mobil)

.....
E-Mail (notwendig für evtl. Videosprechstunden)

.....
Grad der Behinderung

Merkzeichen

Pflegegrad

.....
Besteht eine rechtliche/gesetzliche Betreuung?

Ja

Nein

.....
Wenn Ja, durch wen?

.....
Größe

Gewicht

Praxis für Neurologie

Dr. med. Sven Ehrlich

Kohlgartenstr. 71, 04315 Leipzig

Tel: 0341-49276088, Fax: 0341-65853946, mail: info@neurologie-ehrich.de

Welchen Beruf haben Sie gelernt?

Welche Arbeit/Beruf üben Sie aktuell aus?

Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit?

Ja

Nein

Wenn Ja, seit wann?

Sind Sie berentet?

Ja

Nein

Wenn Ja, seit wann?

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wenn Ja, wie viele Zigaretten/Tag?

Haben Sie in der Vergangenheit geraucht?

von:

bis:

Praxis für Neurologie

Dr. med. Sven Ehrlich

Kohlgartenstr. 71, 04315 Leipzig

Tel: 0341-49276088, Fax: 0341-65853946, mail: info@neurologie-ehrich.de

Name Hausarzt/Hausärztin/Ort

.....

Name des/der überweisenden Arztes/Ärztin

.....

Aufgrund welcher Beschwerden kommen Sie zu uns?

.....

.....

.....

Welche weiteren Erkrankungen wurden bei Ihnen festgestellt? (Diagnose + Jahr der Diagnosestellung)

.....

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Name, Dosis, seit wann?)

Bitte zeigen Sie uns ihren Bundesmedikationsplan.

.....

.....

.....

Nur für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn Ja, seit:

.....

Praxis für Neurologie

Dr. med. Sven Ehrlich

Kohlgartenstr. 71, 04315 Leipzig

Tel: 0341-49276088, Fax: 0341-65853946, mail: info@neurologie-ehrich.de

Schweigepflichtentbindung

Wenn Angehörige oder andere Vertrauenspersonen von Ihnen Informationen von uns über Sie erhalten dürfen oder Terminvereinbarungen, Rezepte o.ä. für Sie erledigen dürfen, bitten wir Sie, diese Personen von der Schweigepflicht zu entbinden und hier namentlich anzugeben:

Name, Vorname

.....
Ggf. Institution

.....
Telefonnummer

.....

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Kenntnisnahme und Einverständnis gemäß aktueller Datenschutzrichtlinie.

Datum:

Unterschrift:
