

Praxisgemeinschaft für Neurologie und Psychiatrie

Dr.med. C. Müller-Habich, P. Emrich, J. Vogt

Hamburger Strasse 146 – 22083 Hamburg – Tel.: 040 - 22 32 20 – Fax: 040 - 22 75 60 45

EEG · EMG · NJG · VEP · SEP · AEP · MEP

Liquordiagnostik · Dopplersonographie · Neuropsychologische Testdiagnostik

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen auf beiden Seiten gewissenhaft auszufüllen. Bitte teilen Sie uns auch zukünftig weitere Erkrankungen, medikamentöse Behandlungen und Änderungen Ihrer Medikation mit. Diese Angaben dienen Ihrer Sicherheit und ermöglichen eine Zuordnung Ihrer Beschwerden im Zusammenhang mit Vorerkrankungen und Medikation

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Ist bei Ihnen zu beachten:

- ein arterieller Hypertonus (Bluthochdruck) _____ ja nein
- ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) _____ ja nein
- ein cerebraler Insult (Schlaganfall) _____ ja nein
- ein Herzinfarkt _____ ja nein
- eine Verengung der Blutgefäße _____ ja nein
- Epileptische Anfälle _____ ja nein
- ein Tumor- (Krebs-)leiden _____ ja nein
- Medikamente zur Blutverdünnung: Marcumar/Aspirin/ASS _____ ja nein
- Bekannte Migräne _____ ja nein
- eine Vergrößerung der Prostata _____ ja nein
- ein grüner Star (Glaucom) _____ ja nein
- Antikonzeption („Pille“ o.Ä.) _____ ja nein
- bestehende/fragliche Schwangerschaft _____ ja nein
- rauchen Sie /haben Sie geraucht (Bis wann: _____) _____ ja nein
- fahren Sie selbst Auto/Motorrad _____ ja nein

Leiden Sie unter Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten? _____ ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? _____ ja nein

Wenn ja, bitte auf der der Rückseite angeben.

Bitte Rückseite beachten!

Gibt es Operationen/Schwere Unfälle in der Vorgeschichte (wenn ja, wann)?

ja nein

Erfolgten Röntgenuntersuchungen/Krankenhausaufenthalte in den letzten 2 Jahren?

ja nein

Weitere wichtige Krankheiten / Besonderheiten:

Medikamenteneinnahme/-dosierung:
(Bitte geben Sie auch pflanzliche Präparate an)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Ich bin damit einverstanden, dass ein ärztlicher Bericht an den überweisenden Arzt oder meinen

Hausarzt (Name: _____) geschickt wird.

ja nein

Einverständniserklärung Informationsweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten innerhalb der Praxisgemeinschaft allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger übermittelt werden.

Unterschrift

Hamburg, den
