

Christina Käding
 Dr. med. Raphael Friedl
 Bernd Hellmann



Fachärzte für Neurologie

Name des Patienten:	Geburtsdatum:
Telefon:	E-mail:
Beruf/Arbeitgeber:	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			
Durch das Internet		Empfehlung eines anderen Arztes	
Bekannte		Sonstige	
Sonstige: (bitte benennen)			

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?	
Diabetes mellitus	Bluthochdruck
Schilddrüsenerkrankung	Angina pectoris
Lebererkrankung	Sonstige Herzerkrankungen
Nierenerkrankung	Durchblutungsstörungen
Erhöhte Blutfettwerte	Krampfadern
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	Krebserkrankung
Sonstige Erkrankungen:	

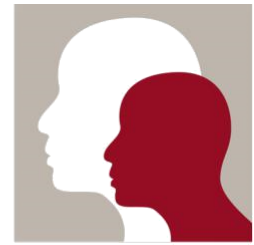
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?	Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Leiden Sie an Allergien?	Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

Aktuelle Beschwerden / Grund Ihres Kommens:



Einverständniserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen überweisenden Arzt / Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder Arzt mich unter der auf Seite 1 angegeben Telefonnummer / E-Mail (z.B. bzgl. Terminabsprachen o.Ä.) kontaktieren darf.

Befundbericht bitte an: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.