

PATIENTENFRAGEBOGEN von

Ihr Name (in Druckbuchstaben):

Aktuelle Hauptbeschwerden (was, seit wann, wie häufig, Auslöser):

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen, auch psychotherapeutisch:

Vorerkrankungen

Keine Vorerkrankungen

Neurologische Erkrankungen:

Psychiatrische Erkrankungen:

Bluthochdruck KHK / Herzinfarkt Herzrhythmusstörungen Hyperlipidämie Diabetes mellitus (HbA_{1c}: _____%)

Schilddrüsenerkrankung Autoimmunerkrankung Krebserkrankungen Chemotherapien Operationen

Aktuelle Medikamente: keine feste Medikation

Familienanamnese (Leiden weitere Familienangehörige an einer neurologischen/psychiatrischen Erkrankung?):

Allergien:

Aktueller/letzter Beruf / Rente:

Familiensituation (ledig, verh., Partnerschaft, Kinder, ...):

Sportliche Aktivitäten:

Pflegegrad: _____

GdB: _____

Gesetzl. Betreuung: Nein Ja

Schweigepflichtentbindung für Behandler, Vorbehandler und ggf. Angehörige bitte ausfüllen (s. 2. Seite).

Die Datenschutzerklärung (Homepage bzw. Aushang) habe ich gelesen.

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Ich willige in die Behandlung ein.

Frankfurt am Main, den ____/____/_____ (Ihre Unterschrift:)

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

(Ihr Name:) Herr/Frau _____,

geb. am _____/_____/_____.

Dr. Faber

Dr. Kang

Dr. Strank

Dr. Bonardi

Sandweg 94c

60316 Frankfurt/Main

Tel.: 069 - 95637679-0

wechselseitig von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Angehörigen und folgenden behandelnden Ärzt:innen:

_____.

Oder:

Ich möchte ausdrücklich, dass keine Informationen weitergegeben werden.

An die Vorbehandler:innen (NUR vom Praxispersonal auszufüllen!):
Bitte schicken Sie uns folgende Befunde postalisch (s.o.) oder per Fax an 069 - 95637679-56:

Ärztlicher Befundbericht - aktuell

Bericht über den stationären Aufenthalt - aktuell

Behandlungsschema/Medikamentenplan – aktuell

Psychotherapeutischer Befundbericht

Vielen Dank!

Ich weiß, dass ich meine Entscheidung jederzeit widerrufen kann.

Frankfurt am Main, den _____/_____/_____.

(Unterschrift Patient:in) _____