

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. Kang
Eschenheimer Anlage 7
60316 Frankfurt/Main
Tel.: 069 - 247428200

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 - 247428210:

- 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) _____