

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer neurologischen Praxis! Um Ihnen und uns die Arbeit zu erleichtern und den Besuch in unserer Praxis möglichst effizient zu gestalten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Name	Vorname
Nationalität	E-Mail-Adresse
Festnetztelefon	Mobiltelefon

**Überweisende und weitere behandelnde Ärztinnen und Ärzte (ggf. auch Psychotherapeuten)**

Name	Fachrichtung	Adresse	Telefon

Wir unterliegen der Schweigepflicht, d.h. wir geben Informationen (Befunde, Rezepte etc.) ausschließlich an Sie persönlich weiter. Sie können aber hier die Namen der Personen angeben, denen wir Auskünfte erteilen bzw. Rezepte etc. ausgeben dürfen. Wir handeln dann gerne in Ihrem Auftrag.

Auskunfts- und abholberechtigt sind

Auskunfts berechtigte Ärzte

Lebensumstände	Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit PartnerIn lebend <input type="checkbox"/> mit Kind(ern) lebend <input type="checkbox"/> mit Eltern(teil) lebend	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert
Kinder	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja- Anzahl: _____	
Beruf/Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> freiberuflich/selbständig <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> berentet	
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad: _____ Merkzeichen: _____	
Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gesetzlicher Betreuer ist: _____	

**Allergien**

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Menge pro Tag: _____
Trinken Sie Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Menge: _____

*bitte wenden*

# NEUROLOGIE BERLIN-MITTE

Alle Medikamente (einschließlich „Pille“, Tropfen und Pflaster), die Sie momentan einnehmen

Medikament ( Name)	morgens	mittags	abends	zur Nacht	verordnet von/wegen/Anmerkungen

Vorstellungsgrund/Art der Beschwerden

Angaben zu wichtigen körperlichen und seelischen Vorerkrankungen  
(Geben Sie bitte auch Unfälle wie z.B. Schädelhirntrauma an, sowie wichtige Operationen.)

Wichtige aktuelle Erkrankungen

Datum

Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**