

# Neurologie Königsbrunn

Datum: \_\_\_\_\_

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Handynummer (mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Notfallkontaktnummer (z. B. Ehepartner):** \_\_\_\_\_

Ggf. gesetzlicher Betreuer/Vorsorgebevollmächtigter: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  Ja  Nein      EU-Rente:  Ja  Nein      Schwerbehinderung:  Ja  Nein  
(Erwerbsunfähigkeits-Rente)

Wohnsituation:  alleine lebend       mit Ehepartner/Partner       bei Familienangehörigen

Benötigen Sie Hilfe im Alltag?  Ja  Nein  
Wenn ja, von wem? (Angehörige, Pflegedienst, etc.)

Gibt es neurologische Vorerkrankungen?  Nein  Ja, nämlich \_\_\_\_\_  
Bei welchem neurol. Vorbehandler waren Sie? \_\_\_\_\_

Liegen bei Ihnen folgende Risikofaktoren vor oder werden medikamentös behandelt?

Bluthochdruck     Cholesterin     Übergewicht     Diabetes mellitus     Nikotin  
 Herzinfarkt/Koronare Herzkrankheit     Schlaganfall/TIA     Gefäßverkalkungen/Stent

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Niereninsuffizienz     Lebererkrankung     Blutbildveränderungen  
 Herzerkrankung     Asthma/COPD     Migräne

Leiden Sie unter einer der folgenden Beschwerden?

Tagesmüdigkeit     Konzentrationsstörungen     morgendliche Kopfschmerzen  
 Reizbarkeit     Schnarchen

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator?     Ja     Nein

Bitte geben Sie Ihre Dauermedikamente, also alle Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen, an.  
Falls Sie einen Medikamentenplan dabei haben, kann dieser an der Anmeldung kopiert werden.

Medikament	Dosis z. B. 2,5mg	Häufigkeit z. B. 1-1-1

Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmittel, z. B. Anti-Baby-Pille?  Ja     Nein

Sind Sie schwanger?     Ja     Nein

Haben Sie chron. Infektionskrankheiten, z. B. HIV/Hepatitis?  ja, nämlich \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie Allergien gegen Medikamente/Kontrastmittel?     ja, nämlich \_\_\_\_\_  Nein

**Bitte wenden!**

## Hinweise/Hinweise zum Datenschutz

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie, auch falls Sie kein Doctolib Nutzerkonto haben, mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, können Sie uns dies jederzeit mitteilen. Wir führen dann keine Erinnerungen mehr aus.

- Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten
- Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten

---

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO sind wir dazu verpflichtet, Sie zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet.

Hierzu verweisen wir auf unseren Aushang in der Praxis, der Sie auch über Ihre Rechte in puncto Datenschutz informiert.

Ihre personenbezogenen Daten werden in unserer Praxis insbesondere für die ärztliche Dokumentation, die Abrechnung der ärztlichen Leistungen, die Qualitätssicherung und das Terminmanagement verwendet. Im Rahmen der gesetzlichen Regelungen werden Ihre Daten gegebenenfalls auch an anderer Ärzte und Psychotherapeuten, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, an Krankenkassen sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, an die Kassenärztliche Vereinigung, an die Ärztekammern, an Behörden wie das Versorgungsamt, an Rentenversicherungsträger oder an Berufsgenossenschaften sowie an Apotheken und Erbringer medizinischer Leistungen wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden weitergegeben. Zur externen Auswertung (Auftragsdatenverarbeitung) werden gegebenenfalls Ihre Daten an folgende Labore übermittelt: Labor Synlab Holding Deutschland GmbH, Gubener Str. 39, 86156 Augsburg; jung diagnostics GmbH, Röntgenstr. 24, 22335 Hamburg; Unilabs a.s., Nygardsvvej 32, in 2100 Kopenhagen, Dänemark.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass wir im Behandlungsfall Berichte von Vorbehandlern ohne weitere schriftliche Einwilligung einholen und verwenden dürfen, und eine nochmalige Schweigepflichtsentbindung für den Vorbehandler nicht erforderlich ist, und dass wir zum Zwecke der Auftragsdatenverarbeitung Ihre Daten an oben genannte Kooperationspartner weitergeben dürfen.

Im Falle einer Praxisübernahme/ -übergabe oder im Vertretungsfall werden im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren Ihre Daten an den Praxisnachfolger oder Praxisvertreter weitergegeben.

Ein ärztlicher Befundbericht an den Hausarzt/Zuweiser Dr. \_\_\_\_\_ soll bei Erstvorstellung, wesentlicher Befund-/Therapieänderung oder bei sonstiger medizinischer Notwendigkeit übersandt werden.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass mir im Falle der Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins ohne rechtzeitige Entschuldigung (bitte spätestens mindestens 24 Std. vorher), eine Ausfallgebühr i. H. von 50 € in Rechnung gestellt werden kann.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich darüber informiert bin, dass ich diese Vereinbarung jederzeit fristlos kündigen kann.

---

Ort, Datum und Unterschrift, gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters