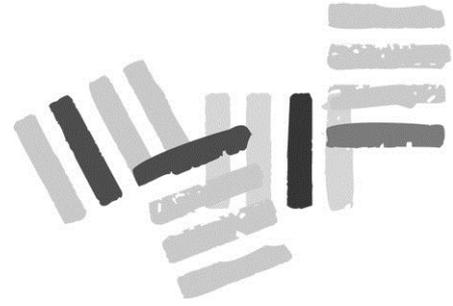


Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Gerhard Schmidt
Dr. med. Elmar Meyer
Dipl.-Psych. Jutta Kunath
Dr. med. Birgit Zahner
Dr. med. Andrea Müller
Fachärzte für Neurologie,
Psychiatrie und Psychotherapie
Leipziger Platz 19
90491 Nürnberg



Tel: 0911 510 73 04
Fax: 0911 510 73 05

Fragebogen und Schweigepflichtserklärung

Seite 1/2

Name, Vorname:	Geb.-Datum:
Tel.-Nr./Handy-Nr.:	
E-Mail: _____	
(die E-Mail wird nicht für Dritte verwendet, nur z. B. für Terminvergabe wenn wir Sie telefonisch nicht erreichen).	

Schweigepflicht/Datenschutz:

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin ggf. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt/überweisenden Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Welcher Arzt darf Befundberichte über Ihre Behandlung erhalten, bzw. welchem Arzt soll ein Arztbefund übermittelt werden:

<i>Hausarzt</i>	<u>Fachgebiet</u>	<u>Ort</u>	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
Name			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Anderer Arzt</i>				
Name	<u>Fachgebiet</u>	<u>Ort</u>	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein:

<u>Welche Erkrankungen sind bekannt:</u>	<u>Bitte entsprechendes Ankreuzen</u>	
Erkrankung	Ja	Nein
Herzschrittmacher		
Diabetes mellitus		
Schilddrüsenerkrankung		
Hoher Blutdruck		
Nikotinkonsum		
Herzerkrankungen		
Schlaganfall Wenn ja wann: _____		
Andere schwere Erkrankungen: _____ _____		
Aktuelle Schwangerschaft		

<u>Wer darf in Ausnahmefällen Rezept abholen / Auskunft über Sie erhalten?</u>				
<u>Ehemann/Ehefrau</u> Name:	<u>Freund/Freundin</u> Name:	<u>Mutter</u> Name:	<u>Vater</u> Name:	<u>Kind</u> Name:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>Besteht bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung?</u>		<u>Wenn ja bitte ausfüllen.</u>	
Wenn vorhanden, Betreuerausweis vorlegen.			
Name des Betreuers:		Adresse des Betreuers:	
Telefonnummer:		Handynummer:	

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift