Praxis für Neurologie u. Psychiatrie
Dres. Mühlpfordt & von Ekesparre

Anamnese

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Email: _____

Telefon privat: _____

Mobiltelefon: _____

Hausarzt: _____

Weitere Ärzte: _____

Terminerinnerung per Mail?

Ja ___ Nein ___

Soll Arztbrief erhalten?

Ja ___ Nein ___

Ja ___ Nein ___

Ja ___ Nein ___

Datentransfer aus / in ePA (elektronische Patientenakte):

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Schilddrüsenerkrankungen	☐	Bluthochdruck	☐
Lebererkrankung	☐	Herzerkrankungen	☐
Nierenerkrankung	☐	Diabetes mellitus	☐
Erhöhte Blutfette	☐	Krebserkrankung	☐

Sonstige: _____

Notfallkontaktperson Name: _____

Telefon: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

Ja ☐ Nein ☐

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja ☐ Nein ☐

Gibt es Vorbefunde von anderen Ärzten oder CT/MRT – Bilder?

Halten Sie diese bitte für den Arzttermin bereit!

Ich habe das Merkblatt – ***Patienteninformation zum Datenschutz-*** zur Kenntnis genommen.

Pinneberg, den _____ Unterschrift _____