

**NEUROLOGIE
GRÄFELFING**
PD DR. MED. HABIL. TOBIAS RUPPRECHT
DR. MED. ANNA KEMÉNY

Schweigepflicht/Datenschutz:

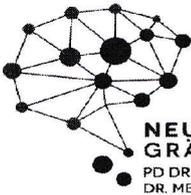
1. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisenden Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.
2. 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.
3. Ich bin auch damit einverstanden, dass die von der Praxis Dr. Rupprecht / Dr. Kemény und Dr. Eden erforderlichen Daten und Befunde beim Hausarzt und anderen Leistungserbringern bei denen ich in Behandlung bin, eingeholt werden. Diese Informationen dürfen nur zum Zwecke der von der Praxis zu erbringenden Leistungen verwendet werden.
4. Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich gelesen und verstanden. Ich habe dies bezüglich keine weiteren Fragen

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

Gräfelfing _____

Ort, Datum

Unterschrift



Patientenfragebogen

Um uns besser auf Ihr Anliegen konzentrieren zu können, möchten wir Sie bitten, vorab einige Informationsfragen zu beantworten.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ *Telefonnummer: _____

*E-Mail: _____

Adresse: _____

*Familienstand: _____

Hausarzt: _____ Überweiser: _____

Allergien: _____

*Beruf: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ?

- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- o siehe Mediplan

Unter welchen Symptomen / Beschwerden leiden Sie ?

Symptome / Beschwerden	Seit wann
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____

Welche Erkrankungen / Vorbehandlungen sind noch bekannt ? (z.B. Herzschrittmacher)

- _____

- _____

- _____

(*) Diese Angaben sind Freiwillig

Bitte wenden →