

Erstaufnahmebogen FAZ Neurologie

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal versorgen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen*siehe letzte Seite:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon Festnetz:

Telefon Handy:

E-Mail-Adresse:

Hausarzt/Hausärztin:

Zustimmung ePA: ja nein

Widerspruch eingereicht?: ja nein

Wir bitten um Verständnis, dass wir zur Anwendung der ePA verpflichtet sind, wenn Sie dieser bei Ihrer Krankenkasse nicht aktiv widersprechen.

Bildungsweg:

Jahre in der Schule:

Schulabschluss: ja nein

→ Welcher? _____

Anzahl Ausbildungs-/Studiumsjahre:

Ausbildung/Studium zu:

Beruf/gearbeitet als:

Familie:

Ich lebe in Ehe/Partnerschaft ja nein

Ich habe Kinder: ja nein

Anzahl: _____

Kinder im selben Haushalt: ja nein

Nächste(r) Verwandte(r)/Ansprechpartner(in):

Kontakt: _____

Pflegegrad:

Schwerbehindertengrad:

Ich benötige **Hilfe im Alltag:** ja nein

➔ Welche? _____

Regelmäßige Hilfe durch Angehörige: ja nein

➔ Was/wie oft? _____

Pflegedienst: ja nein

➔ Welcher?: _____

Gesetzlicher Betreuer(in): ja nein

Name/Kontakt: _____

Aufgabenbereiche: _____

Vorsorgevollmacht: ja nein

Name/Kontakt: _____

Patientenverfügung: ja nein

Mobilität

Gehhilfe: ja nein

→ Welche? _____

Gehstrecke ohne Gehhilfe ohne Pause _____ Meter

Gehstrecke mit Gehhilfe ohne Pause _____ Meter

Ich bin in der Lage Treppen zu steigen ja nein

Ich muss täglich Treppen steigen ja nein

→ Wie viele? _____

Ich habe einen Führerschein ja nein

Ich führe ein Kraftfahrzeug (Auto, Motorrad, Moped, o.Ä.) ja nein

Körperliche Angaben

Größe: m

Gewicht: kg

Ausschließlich vegane Ernährung: ja nein

→ Seit wann? _____

→ Ich ergänze Vit. B12 ja nein

Allergien: ja nein

→ Welche?: _____

Nikotin: ja nein

...Zigaretten/Tag

...Anwendungen E-Zigarette od. Vaporizer/Tag

Alkohol: ja nein
Konsum: täglich/wöchentlich/monatlich/quartalsweise/selten
Menge/Art: (Bsp. 2 Flaschen Bier pro Tag)

Sonstige Drogen: ja nein
Konsum: täglich/wöchentlich/monatlich/quartalsweise/selten
Menge/Art:

Kindheit & Jugend:

Entwicklung anders als bei Gleichaltrigen: ja nein

→ Auf welche Weise?

Fieberkrämpfe ja nein

→ Anzahl, falls bekannt:

Untersuchung auf Epilepsie: ja nein

Behandlung wegen Epilepsie: ja nein

→ Welche?

Medikamente in Kindheit/Jugend ja nein

→ Welche/wie lange?

Vorerkrankungen (allg.):

Bluthochdruck ja nein

→ Seit wann?

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Herzerkrankungen ja nein

→ Welche/wann?

Durchblutungsstörungen Beine ja nein

→ Welche/wann?

Zuckerkrankheit ja nein

→ Typ/wann

→ Insulin: Welches/seit wann

- Andere Stoffwechselstörungen ja nein
 → Welche/wann? _____
- Erkrankungen der Schilddrüse ja nein
 → Welche/wann? _____
- Infektionskrankheiten ja nein
 → Welche/wann? _____
- Lungenerkrankungen ja nein
 → Welche/wann? _____
- Lebererkrankungen ja nein
 → Welche/wann? _____
- Erkrankungen der Galle ja nein
 → Welche/wann? _____
- Nierenerkrankungen ja nein
 → Welche/wann? _____
- Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse ja nein
 → Welche/wann? _____
- Erkrankungen der Harnblase ja nein
 → Welche/wann? _____
- Erkrankungen der Gebärmutter/Eierstöcke ja nein
 → Welche/wann? _____
- Erkrankungen der Prostata ja nein
 → Welche/wann? _____
- Magen-/Darmerkrankungen ja nein
 → Welche/wann? _____
- Bluterkrankungen ja nein
 → Welche/wann? _____
- Krebserkrankungen ja nein
 → Welche/wann? _____
 → Laufende/fertige Chemotherapie? _____
- Augenkrankheiten ja nein
 → Welche/wann? _____
- Erkrankungen an Hals/Nase/Ohr ja nein
 → Welche/wann? _____
- Hautkrankheiten ja nein
 → Welche/wann? _____

Geschlechtskrankheiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
→ Welche/wann?	_____	
Knochen-/Gelenkerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
→ Welche/wann?	_____	
Erkrankungen der Zähne/des Zahnfleischs	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
→ Welche/wann?	_____	
Rheumatische Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
→ Welche/wann?	_____	
Psychische Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
→ Welche/wann?	_____	
Sonstige Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
→ Welche/wann?	_____	

Dauermedikation: (gerne als Bundeseinheitlicher Medikamentenplan in Kopie, sonst mit Angabe Stärke in mg & Häufigkeit/Zeitpunkt der tgl. Einnahme)

OPs:

Weitere/Bisherige Behandler(innen): (Kardiologen, Orthopäden, HNO, Augenarzt usw.)

Impfungen: (gerne Impfausweis mitbringen)

→ Welche/wann?

Störung des Antriebs ja nein

➔ Welche/seit wann _____

Starke und anhaltende Tagesmüdigkeit ja nein

➔ Seit wann? _____

Ein- oder Durchschlafstörungen ja nein

➔ Welche/seit wann? _____

Gedächtnisstörungen u./od. Störungen der Denkleistung

ja nein

➔ Welche/seit wann? _____

➔ Wie macht sich das im Alltag bemerkbar?

Trockene Augen ja nein

Trockene Schleimhäute ja nein

Übermäßig/starkes Schwitzen (unabhängig von Sport)

ja nein

Störungen beim Wasserlassen ja nein

➔ Was/seit wann? _____

Störungen des Stuhlganges ja nein

➔ Was/seit wann? _____

Kontinenzprobleme ja nein

➔ Was/seit wann? _____

Veränderungen der Lust auf Geschlechtsverkehr

ja nein

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr/Erektionsstörungen

ja nein

➔ Was/seit wann? _____

Vorerkrankungen in der Familie:

Vater:

Mutter:

Geschwister:

Großeltern väterlicherseits:

Großeltern mütterlicherseits:

Sofern Ihnen wichtige **Vorbefunde** (z.B. Befunde von EEG, Ultraschall, Briefe aus dem Krankenhaus oder aus dem Reha-Aufenthalt, Ergebnisse von Besuchen bei Augenärzten oder HNO-Ärzten usw.) vorliegen, lassen Sie uns diese gerne zukommen.

Was möchten Sie uns noch mitteilen? (z.B. ausdrückliche Kontaktsperren für bestimmte Angehörige, körperliche Besonderheiten, etc.)

Ich habe wegen einer Lese-/Rechtschreibschwäche oder Sprachbarriere oder anderer Verständnisprobleme den Bogen mit Hilfe einer weiteren Person ausgefüllt: ja nein

Name dieser Person: _____

Bezug der Person zur mir: _____

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie **kontaktieren** dürfen (z.B. Befundmitteilung, Änderung von Terminen, etc.)?

ja nein

Wenn ja, **auf welchem Wege** wollen Sie vorzugsweise kontaktiert werden?

Festnetz:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Sonstiges: _____

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Neurologisches Praxisteam

Einverständniserklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zum
Zwecke der Befundmitteilung an

- Frau Dr. med. Antje Schröter
 Herrn Dr. med. Semjon Taubert

Hiermit erkläre ich: (eigenen Namen einfügen)

Geboren am: _____

Ggf. als Bevollmächtigter für: (Name der Patientin/des Patienten)

_____, geboren am: _____

mich einverstanden,

dass alle Diagnosen, Befunde und Untersuchungsergebnisse in Form von
Arztbriefen oder anderen medizinischen Dokumenten von somatischen
(körperlichen) Mitbehandler(inne)n an

- Frau Dr. med. Antje Schröter, Fachärztin für Neurologie, FAZ LUP-Kliniken
gGmbH, Parkstraße 12, 19230 Hagenow
 Herrn Dr. med. Semjon Taubert, Facharzt für Neurologie, FAZ LUP-Kliniken
gGmbH, Neustädter Str. 1, 19288 Ludwigslust

Übermittelt werden dürfen, welche zur Diagnostik und Behandlung der aktuellen
neurologischen Beschwerden erforderlich sind.

Darüber hinaus bin ich mit der Befundmitteilung aus psychiatrischer bzw.
Psychotherapeutischer Vor- und Mitbehandlung

- einverstanden
 nicht einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift bzw. Vertreter

Einverständniserklärung zur vollen Akteneinsicht/Zugriff auf meine medizinischen Daten der Praxis von

(Wählen Sie die neurologische Praxis, in der Sie oder Ihr Angehöriger normalerweise behandelt werden)

- Frau Dr. med. Antje Schröter, Fachärztin für Neurologie, FAZ LUP-Kliniken gGmbH, Parkstraße 12, 19230 Hagenow
- Herrn Dr. med. Semjon Taubert, Facharzt für Neurologie, FAZ LUP-Kliniken gGmbH, Neustädter Str. 1, 19288 Ludwigslust

Hiermit erkläre ich: (eigenen Namen einfügen)

Geboren am: _____

Ggf. als Bevollmächtigter für: (Name der Patientin/des Patienten)

_____, geboren am: _____

mich einverstanden,

dass im Falle einer offiziellen Vertretungsbehandlung (kenntlich gemacht durch einen Aushang in der Praxis oder Vermerk auf der Internetseite des FAZ)

(Wählen Sie die Vertretungspraxis)

- Frau Dr. med. Antje Schröter, Fachärztin für Neurologie, FAZ LUP-Kliniken gGmbH, Parkstraße 12, 19230 Hagenow
- Herrn Dr. med. Semjon Taubert, Facharzt für Neurologie, FAZ LUP-Kliniken gGmbH, Neustädter Str. 1, 19288 Ludwigslust

volle Akteneinsicht/Zugriff auf meine medizinischen Daten erhält, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten. Alle erhobenen Daten während dieser Vertretungsbehandlung werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden im Anschluss an die Vertretung ausschließlich meinem Neurologen/meiner Neurologin zur weiteren Verwendung zur Verfügung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift bzw. Vertreter

*** Warum muss ich diesen Bogen ausfüllen und wozu brauchen Sie so viele Informationen:**

Liebe Patientin, lieber Patient,

die meisten neurologischen Erkrankungen betreffen Sie mit Ihrer ganzen Person: Ihrem Verstand, Ihrem Gefühlsleben, Ihrem Gehirn, Ihren großen und kleinen Nerven sowie allen Ihren inneren und äußeren Organen, die von diesen Nerven erreicht werden. Sie können über lange Zeiträume hinweg entstehen oder müssen langfristig behandelt werden.

Zur Erkennung und Behandlung von Erkrankungen benötigen wir in der Neurologie daher viele Informationen, die für Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen weniger wichtig sind.

Bitte helfen Sie uns dabei, Ihnen zu helfen. Alle Angaben sind natürlich freiwillig. So, wie alle Ihre Daten bei uns, behandeln wir auch Ihre Antworten selbstverständlich streng vertraulich – sie unterliegen vollständig der ärztlichen Schweigepflicht. Es erfolgt **KEINE** Weitergabe Ihrer Antworten.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Neurologisches Praxisteam