

Natalia Meerbothe
Fachärztin für Neurologie
Grillparzerstr. 38
65232 Taunusstein
Tel.:06128/8588931
Fax:06128/8588932
info@neurologie-taunusstein.de

Einwilligungserklärung zur Erhebung, Übermittlung und Verwendung von Patientendaten gemäß DSGVO

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte aufmerksam lesen und ankreuzen bzw. ausfüllen!

- Ja, ich habe laut Praxis-Aushang und Anlage (siehe folgende Seiten) die ausführlichen Informationen zum Datenschutz gemäß DSGVO verstanden und stimme diesen zu.
- Ja, ich willige ein, dass z.B. auch Labore, Apotheken, Sanitätshäuser, Seniorenzentren bzw. private Verrechnungsstellen (PVS) soweit erforderlich nur zum Zweck der Diagnostik und Therapie bzw. Abrechnung durch uns informiert werden und Informationen von diesen eingeholt werden dürfen.
- Ja, es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin heute zur ärztlichen Behandlung in der Praxis für Neurologie N. Meerbothe erschienen.

- (nur ankreuzen, falls zutreffend) Ja, ich stimme einer Einsichtnahme in meine bisher durch Herr Dr. H. Hoffmann geführten Patienten-Unterlagen durch Frau N. Meerbothe ausdrücklich zu.

An folgende Angehörige/Privatpersonen oder Ärzte etc. dürfen nach Feststellung ihrer Identität Ihre Behandlungsdaten (z.B. Überweisungen, Rezepte, Rechnungen, Berichte von Krankenhäusern oder Ärzten etc.) weitergegeben oder eingeholt werden: (Name/Adresse/Telefon)

1) _____

2) _____

3) _____

Falls zutreffend

Mein gesetzlicher Betreuer/in ist: (Name/Adresse/Telefon)

Taunusstein, den _____

Unterschrift: _____

Fragebogen zur Krankheitsvorgeschichte

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Größe/Gewicht: _____

Falls zutreffend, bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie (welche?) | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Anfallserkrankung (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Anhaltende Schmerzstörung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung/Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Apoplex (Schlaganfall) | <input type="checkbox"/> Operationen (welche?) |
| <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> Parkinson-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Arterielle Hypotonie (niedriger Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (welche?) |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> chronische Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung | <input type="checkbox"/> z. Zt. schwanger |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (welcher Typ I oder II?) | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungs- oder Gerinnungsstörung(welche?) | <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen (z.B. Kribbeln) |
| <input type="checkbox"/> Gangstörung/Stürze | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankung (welche?) |
| <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung (z.B. Arthrose) | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung (welche?) |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Rhythmusstörung/Schrittmacher(was?) | <input type="checkbox"/> Merk- und Gedächtnisstörung |
| <input type="checkbox"/> Implantate (wo?) | <input type="checkbox"/> Immunerkrankung (welche?) |

Aktuelle Beschwerden:

Weitere Erkrankungen/Medikamente mit Dosierung:

(Gerinnungshemmer? Eliquis®, Lixiana®, Markumar®, Pradaxa® oder Xarelto®?)

Bitte wenden!

Natalia Meerbothe
Fachärztin für Neurologie
Grillparzerstr. 38
65232 Taunusstein
Tel. 06128/8588-931
Fax. 06128/8588-932
info@neurologie-taunusstein.de

Terminausfallvereinbarung

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie kommen zur Behandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das hat den Vorteil, dass die vereinbarte Zeit nur für Sie reserviert ist und Ihnen in der Regel längere Wartezeiten erspart bleiben.

Das bedeutet auch, dass, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können, diesen mindestens 24 Stunden vorher (werktags) absagen, damit wir die Zeit für eine andere Patientin/anderen Patienten nutzen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten, sondern bedeutet auch Ihre verbindliche Zusage. So darf Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, der Ausfall für die Praxis gemäß Paragraf 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis, den Termin rechtzeitig abzusagen, trifft Sie kein Verschulden.

Wir bitten Sie daher, reservierte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher (werktags) abzusagen. Dies kann telefonisch, per E-Mail, per Fax, per Post oder persönlich vor Ort geschehen. Reservierte, aber nicht rechtzeitig abgesagte Termine, werden Ihnen mit 30€ in Rechnung gestellt werden.

Ja, ich habe das oben Ausgeführte zur Kenntnis genommen und willige ein.

Taunusstein, den:

Unterschrift Patient / Patientin