Anamnesebogen / Patienteninformation und Einverständniserklärung

Praxis für Neurologie des MVZ Friedrichstadt II

Sehr geehrte/r Patient/in,

damit wir Sie gut beraten und behandeln können, bitten wir Sie vor dem Arztgespräch unsere Fragen bestmöglich zu beantworten. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, können Sie diese im Arztgespräch besprechen.

Bitte schicken Sie uns den Anamnesebogen daher für eine verbindliche Terminvereinbarung innerhalb von zwei Wochen an unsere Praxis zurück:

Per Email: nervenheilkunde.mvz@klinikum-dresden.de / per Fax: 0351-4804501 / postalisch: Städtisches Klinikum Dresden, MVZ Friedrichstadt II, Praxis für Neurologie, Friedrichstr. 41, 01067 Dresden

Vielen Dank.

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Telefon / Handy Email

Anamnese:

Hauptvorstellungsgrund mit im Vordergrund stehenden Beschwerden:

Haben Sie chronische Erkrankungen und für die jetzige Vorstellung relevante Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, bitte bringen Sie Ihren Medikamentenplan zum Termin mit oder schreiben laufende Medikamente hier auf:

Liegen relevante radiologische Befunde vor? Wenn ja, bitte bringen Sie die zum Termin mit.

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, Kosmetika, Heuschnupfen)? Wenn ja, welche?

Liegen neurologische Erkrankungen in der Familie vor? Wenn ja, welche und bei wem?

Besteht ein Pflegegrad, Schwerbehinderung/MdE oder eine EU/BU-Rente?

Patienteninformation und Einverständniserklärung

Wir arbeiten überwiegend als Bestellpraxis, um Patienten entsprechende Termine zu reservieren und freizuhalten. Zu spät abgesagte oder nicht wahrgenommene Behandlungstermine verursachen uns unnötige Arbeit, stören den Praxisablauf und bewirken darüber hinaus Kosten durch den entstehenden „Praxisleerlauf".

Durch Ausfallzeiten können erhebliche finanzielle Einbußen entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandelt werden können.

Bitte haben Sie deshalb Verständnis, dass wir Ihnen Termine, die Sie weniger als 24 Stunden vorher oder gar nicht abgesagt haben, aus vorgenannten Gründen privat mit 25 Euro in Rechnung stellen müssen.

Ich habe die Regelung zur Kenntnis genommen und erkläre mein Einverständnis.

_____ _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter Vor-/Nachname Erziehungsberechtigter