

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.

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                 |
| <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"/> Gelenkserkrankung (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?)              |

Weitere Erkrankungen:

---

---

---

Medikamente mit Dosierung:

---

---

---

---

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

---

**Bitte wenden!**