



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

In unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Zugang zu Ihren Daten, alle haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung

- zur Datenübermittlung, also für die Zusendung eines Arztbriefes, an den uns von Ihnen genannten Hausarzt bzw. an den überweisenden Kollegen.
- zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten und Krankenhäuser anfordern dürfen.
- Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Fachlabor Bioscientia in Ingelheim zu senden, da diese Untersuchungen in unserer Praxis nicht durchgeführt werden können.

**Sollten Sie mit einer der hier aufgeführten Übermittlung nicht einverstanden sein,
melden Sie uns dies umgehend an der Anmeldung!**

Sollten Sie, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sein, dringende Befundkopien oder Laborergebnisse persönlich entgegenzunehmen

- benennen Sie bitte ein bis zwei Personen mit vollem Namen (s. Blatt 2).

Das gesamte Team unserer Praxis versichert Ihnen, erst nach genauem Abgleich der Personalien mittels Ausweis, Ihre Patientendaten (z.B. Befundkopien, Laborergebnisse usw.) herauszugeben.

Die Herausgabe erfolgt ausschließlich in einem Umschlag. Dieser wird verschlossen und zusätzlich mit dem Praxisstempel an der Verschlussstelle versiegelt. Somit ist ein unbefugtes Öffnen des Umschlags für Sie sofort erkennbar.



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen und bedanken uns für das entgegengebrachte Vertrauen. Zu ihrem ersten Termin bitten wir Sie, folgende Unterlagen mitzubringen:

- Unseren ausgefüllten Praxisfragebogen (s. Download)
- Falls vorhanden: Überweisung mit konkreter Fragestellung
- Kopien von relevanten Vorbefunden, die mit Ihren Beschwerden in Verbindung stehen (andere Fachärzte, Psychotherapeuten, stationäre Aufenthalte, Rehabilitationsmaßnahmen)

Bei neurologischem Termin zusätzlich:

- radiologische Befunde, z.B. cMRT (bitte CD und Befund)

Bei psychiatrischem Termin zusätzlich:

- den ausgefüllten Anamnesebogen (s. Download)
- ein aktuelles Labor (Natrium, Kalium, GOT, GPT, Gamma-GT, Kreatinin, kl. Blutbild, TSH)
- ein Ruhe-EKG mit Überprüfung der QT-Zeit

Wir legen hohen Wert auf eine persönliche und patientenbezogene Behandlung, die entsprechend Zeit erfordert. Wir arbeiten daher mit Terminsprechstunde.

Sollten Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, geben Sie uns bitte rechtzeitig Gelegenheit, den Termin einem anderen Patienten zur Verfügung zu stellen und sagen Sie den Termin bitte spätestens **24 Stunden vorher** ab (telefonisch oder per E-Mail).

Bei Nichteinhaltung des Ersttermins erlauben wir uns, Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 € persönlich in Rechnung zu stellen, was auch nicht mit Ihrer Krankenkasse verrechnet werden kann.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Team der Praxis für Neurologie und Psychiatrie in Nierstein



NAME	VORNAME	
STRASSE/HAUSNUMMER	POSTLEITZAHL	ORT
GEBURTSDATUM	BERUF	
TELEFONNUMMER	EMAIL-ADRESSE	
HAUSARZT*IN	ORT	

Um Sie etwas besser kennenzulernen, bitte wir Sie, folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitsstatus zu beantworten.

GRÖSSE _____ GEWICHT _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien (auch gegen Medikamente) |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Rücken-/Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Metallteile Im Körper | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen/-rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom) |

welche genau: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja; welche genau: _____

Rauchen Sie? Nein Ja _____
MENGE PRO TAG letzte kranielle MRT- oder CT-Untersuchung (cMRT/cCT): _____

Haben Sie einen Rentenantrag oder einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt? Nein Ja _____
MINDERUNG DER ERWERBSFÄHIGKEIT (MDE) GRAD DER BEHINDERUNG _____

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

Ich habe die Datenschutzbelehrung gelesen und verstanden. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise ändern oder widerrufen kann. Folgende Personen dürfen, unter den in der Belehrung genannten Bedingungen, z.B. Befundkopien oder Laborergebnisse, verschlossen und versiegelt entgegen nehmen.

Person 1: _____
NAME VORNAME

Person 2: _____
NAME VORNAME

Ich habe die voran gegangene Patienteninformation gelesen und bin mit dem Procedere einverstanden.: Ja

Ich wünsche einen Brief an meine*n Hausarzt*in Überweiser*in: Ja Nein

Nierstein, den _____
ORT DATUM UNTERSCHRIFT