



Neuropraxis Bamberg

Lieber Patient, liebe Patientin, wir benötigen Informationen über Ihre Vorerkrankungen und Ihre aktuelle Medikation.

Name / Geburtsdatum _____ / _____

Email / Mobilnummer _____ / _____

Adresse _____

Hausarzt _____

Auskunftsberechtigte Kontaktperson (optional) _____

Mit Faxübermittlung einverstanden Ja Nein

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden

Brief an Überweiser gewünscht? Ja Nein

Brief an Hausarzt gewünscht? Ja Nein

Datum Unterschrift

Bitte geben Sie alle Ihre Vorerkrankungen und Operationen an:

Bestehen Allergien? _____

Nehmen Sie Marcumar oder andere blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie zurzeit einnehmen:

Bitte geben Sie Ihre jetzigen Beschwerden an:

Berufliche Tätigkeit – seit wann?

Bitte lassen Sie Vorbefunde, soweit vorhanden, an der Anmeldung einscannen.

Bezüglich den Datenschutzbestimmungen verweisen wir auf die Aushänge im Wartebereich.

Dr. Bauer-Lieberth, Dr. Noell, Dr. Kreller & Mitarbeiter