



Achim Prütz

Private Facharztpraxis für Neurologie · Psychiatrie · Psychotherapie · Neuraltherapie

Unterm Heilig Kreuz 9 | 36037 Fulda | T 06 61 / 9 33 83 80

Praxisvertrag / Vertragliche Vereinbarung zwischen

Frau / Herr _____ geboren am _____
(Name / Vorname in Druckbuchstaben)

wohnhaft in _____
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon- und / oder Handy-Nr _____

Krankenkasse / Privatkasse _____

und Herrn Achim Prütz, Unterm Heilig Kreuz 9, 36037 Fulda

→ Hausarzt Dr. med. _____

→ Facharzt (Bericht zusätzlich) Dr. med. _____

Fulda, den _____ Unterschrift Patient _____

Stationäre Aufenthalte waren

Psychiatrie von _____ bis _____
Name der Klinik _____

Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren) von _____ bis _____
Name der Klinik _____

Andere stationäre Behandlungen von _____ bis _____
Name der Klinik _____

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich Name _____

Straße / Wohnort _____
oben angegebene Klinik / angegebene Arzt / Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Herrn Achim Prütz.

Fulda, den _____ Unterschrift Patient _____



Anamnesebogen

Vorerkrankungen	nein	ja	Genaueres
Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthma bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Insulinbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Marcumarbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hautkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Immunschwäche – Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Leberentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Muskel-Gelenk-Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Schwangerschaft ja nein Geburten _____

Medikamente _____

Operationen / Unfälle ja nein welche ↓

Allergien ja nein welche ↓

Cannabis / Marihuana ja nicht mehr nein

Heroin / Morphinum ja nicht mehr nein

Amphetamin / Methamphetamin ja nicht mehr nein

Alkohol ja nein
Bier Gläser tgl. _____ Gläser Wo. _____
Wein Gläser tgl. _____ Gläser Wo. _____
Schnaps Gläser tgl. _____ Gläser Wo. _____

Nikotin ja nein
Zigaretten tgl. _____



Frühwarnsymptome psychiatrischer Erkrankungen

Beschwerden	nie	häufig	meist
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geräuschempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innere Unruhe, Anspannung Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzliches Mißtrauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veränderungen der Eß- und Trinkgewohnheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialer Rückzug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühl, beobachtet und kontrolliert zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühl der Schwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zunehmende Religiösität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzliche Reizbarkeit / Aggression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zwangsgedanken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie hören Stimmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das äußere Erscheinungsbild ist weniger wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressive Stimmung / Interessenverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie beziehen vieles in Ihrer Umgebung auf sich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veränderungen des Tagesablaufs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leistungsabfall in Schule / Studium / Beruf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alpträume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gedächtnisstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie haben den Eindruck, andere Menschen lachen oder reden über sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soziales

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Zahl der Kinder _____ erwerbstätig als _____

	ja	nein
Erwerbsunfähigkeitrente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antrag gestellt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilrente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vollrente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
Gesetzliche Betreuung / Vorsorgevollmacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betreutes Wohnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwerbehinderung GdB _____ %		



Einverständniserklärung Datenschutz

Im Rahmen des Patientenverhältnisses werden erforderliche Daten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten gespeichert.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Hiermit bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch e-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz zwei DS-GVO). Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und gegebenenfalls elektronisch gespeichert werden, sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß Paragraf 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

Schweigepflicht Entbindung

Hiermit erkläre ich widerruflich mein Einverständnis, dass meine Befunde an andere Ärzte verschickt und / oder gegebenenfalls notwendige Voruntersuchungen angefordert werden können.

Üblicherweise erfolgt der Versand / die Anforderung der Sie betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an Ihren Hausarzt bzw. den zuweisenden Arzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung. Sollte hiervon abgewichen werden müssen, so werden Sie vom Praxisteam im Vorwege darüber informiert. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit formlos und schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an folgende **Angehörige** bzw. nahe stehende Personen weitergegeben werden dürfen:

Name / Telefonnummer _____

Datum, Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters