Praxis für Neurologie am Marienplatz

Patientenfragebogen zum Erstkontakt

Bitte füllen Sie dieses Formular aus bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail-Adresse:_____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Familienstand: ledig ❍ verheiratet ❍ geschieden ❍ verwitwet ❍ Kinder?_____

Hausarzt (Name, Anschrift):_____

Überweisender/behandelnder Facharzt (Name, Anschrift): _____

Krankenkasse: _____

Teilnahme Hausarztvertrag der AOK oder Bosch-BKK? ja ❍ nein ❍

Teilnahme Facharztvertrag der AOK oder Bosch-BKK? ja ❍ nein ❍

Vorerkrankungen – bitte zutreffendes ankreuzen:

	ja	nein		ja	nein
Bluthochdruck	❍	❍	Koronare Herzerkrankung	❍	❍
Schlaganfall	❍	❍	Periphere Verschlusskrankheit	❍	❍
Erhöhte Blutfettwerte	❍	❍	Schilddrüsenunterfunktion	❍	❍
Diabetes mellitus	❍	❍	Lungenerkrankung	❍	❍
Herzschrittmacher	❍	❍	Blutverdünnung	❍	❍
Infektionskrankheiten	❍	❍	wenn ja, welche? _____		
Alkoholkonsum	❍	❍	wenn ja, was und wieviel? _____		
Drogenkonsum	❍	❍	wenn ja, was und wieviel? _____		
Raucher/in	❍	❍	wenn ja, wieviel Zigaretten/Tag? _____		
Allergien	❍	❍	wenn ja, welche? _____		
Schlafstörung	❍	❍	wenn ja, Ein- oder Durchschlafstörung?_____		

Sonstige: _____

Sind Sie zur Zeit krank geschrieben? nein ❍ ja ❍ - seit wann? _____

Schwangerschaft? nein ❍ ja ❍ - aktuelle SSW _____

Grad der Behinderung? nein ❍ ja ❍ - ____%, wegen: _____

Aktuelle Medikation mit Dosierung und Einnahmezeitpunkt:

_____

_____

_____

_____

Pille ja ❍ nein ❍ Sonstige Verhütungsmittel: _____

Aktuelle Beschwerden, die zum Praxisbesuch führen:

Jetzige Hauptbeschwerden: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Wie lange haben Sie diese Beschwerden schon? _____

_____

Wann treten diese Beschwerden auf? _____

_____

Wie oft treten diese Beschwerden auf? _____

_____

Was ist Ihr Hauptwunsch an die Untersuchung / Behandlung? _____

_____

Neurologische oder psychiatrische Erkrankungen in der Familie?

nein ❍ ja ❍ - welche?_____

Bitte bringen Sie relevante Vorbefunde und Briefe bzw. Berichte z.B. von stationären Behandlungen, Computertomographien, Kernspintomographien zur ersten Untersuchung mit.

Gerne können Sie uns den ausgefüllten Fragebogen vorab per Fax, per Post oder per Mail (hier bitte fehlenden Datenschutz beachten!) zusenden. Untersuchungstemin am: _____ .

Datum, Unterschrift: _____