

Dres. med. M. Michaelis * J. Scheunemann	FB K1-01 Patientenfragebogen allgemein	Version: 5 Datum: 11.08.2016 Seite 1 von 2
--	---	--

Dr. med. Marion Michaelis * Dr. med. Juliane Scheunemann
FÄ für Neurologie / Psychiatrie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
willkommen in unserer neurologischen Praxis. Wir möchten Sie in Vorbereitung auf die ärztliche Konsultation bitten, sich Gedanken über die nachfolgenden Fragen zu machen, um das ärztliche Gespräch effektiv zu gestalten. Die Beantwortung der Fragen ist selbstverständlich freiwillig.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

Wünschen Sie gegebenenfalls Informationen unserer Praxis an Ihre E-Mail-Adresse? o nein o ja

Hausarzt:

Größe:

Gewicht:

Ich bin mit der Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden einverstanden (auch digital):

o an den Überweiser o an den Hausarzt

o ich bin nicht einverstanden

Welche Beschwerden haben Sie aktuell veranlasst, unsere Praxis aufzusuchen?

(Beginn der Beschwerden, Verlauf, bereits erfolgte Diagnostik / Therapie etc.)

Welche Angaben können Sie zur eigenen Krankheitsvorgeschichte machen?

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? (wenn ja bitte ankreuzen)

☐ arterieller Hypertonus (Bluthochdruck)

☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

☐ Folgen eines Schlaganfalls

☐ Folgen eines Herzinfarktes

☐ erhöhte Blutfettwerte

☐ verengte Blutgefäße

☐ Migräne

☐ Glaukom (grüner Star)

Männer: o Vergrößerung der Prostata

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja o nein o

o andere Erkrankungen

Welche?

Fahren Sie selbst Auto / Motorrad?

ja o nein o

Gibt es Operationen/schwere Unfälle in der Vorgeschichte (wann)?

nein o ja o folgende:

Bitte wenden

Dres. med. M. Michaelis * J. Scheunemann	FB K1-01 Patientenfragebogen allgemein	Version: 5 Datum: 11.08.2016 Seite 2 von 2
--	---	--

Erfolgt Röntgenuntersuchungen/Krankenhausaufenthalte in den letzten 2 Jahren?

nein ☐ ja ☐ folgende:

Leiden Sie unter Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten?

nein ☐ ja ☐ gegen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein ☐ ja ☐

Medikamenteneinnahme
(Bitte geben Sie auch pflanzliche Präparate an)

Dosierung

Selbstzahlermedikamente

Sind Sie auf einen „Blutverdünner“ eingestellt? (z.B. ASS; Falithrom) ja ☐ nein ☐

Frauen: Sind Sie auf eine orale Antikonception („Pille“) eingestellt? ja ☐ nein ☐

Gibt es oder gab es in Ihrer Familie bei leiblichen Verwandten schwere Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, MS, Parkinson)?

Vater:

Mutter:

Geschwister:

Großeltern:

Eigene Kinder:

Datum:

Unterschrift: