



Sehr geehrte Patient*innen,

damit wir einen Überblick über Ihre gesundheitliche Vorgeschichte haben, bitten wir Sie, bei Ihrem ersten Praxisbesuch diesen Fragebogen auszufüllen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail-Adresse:

Wünschen Sie, dass ihr Hausarzt einen Brief erhält?

Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, geben Sie bitte Name und Adresse Ihres Hausarztes an.

Wünschen Sie, dass ein weiterer Arzt einen Brief erhält?

Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, geben Sie bitte Name und Adresse dieses Arztes an.

Diese Einwilligungserklärung bzgl. Hausarzt/weiterer Arzt kann mit Wirkung für die Zukunft jederzeit gegenüber dem MVZ Neurologie widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt/Arzt und MVZ Neurologie statt.

Aktuelle Situation

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? Seit wann leiden Sie unter diesen Symptomen?

Traten die Symptome plötzlich (Minuten bis Stunden) oder schleichend (Wochen bis Monate) auf?

Familienanamnese

Gibt es Familienangehörige, die unter ähnlichen Symptomen leiden?



Vegetative Anamnese

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Schlaf: Einschlafstörungen [] Durchschlafstörungen [], Gesamtschlafzeit: _____ Stunden

Miktion (Wasserlassen): _____ (Inkontinenz? Dauerkatheter?) Stuhlgang: _____

Alkoholkonsum: täglich [], gelegentlich [], selten [], nie []

Nikotinkonsum: _____

Allergien: _____

Medikamentöse Anamnese

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Medikamentenplan mit Dosierung und Einnahmezeiten bitte zur Verfügung stellen)

Vorerkrankungen

Leiden Sie unter weiteren Erkrankungen? Bitte Zutreffendes ankreuzen! Weitere Erkrankungen können Sie gern ergänzen.

- ☐ Demenz
- ☐ Depressionen
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Arteriosklerose/paVK
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Erhöhte Blutfette
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Tumorerkrankung
- ☐ Chemotherapien
- ☐ Rheumatische Erkrankung
- ☐ Wirbelsäulenerkrankung
- ☐ Operationen
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Parkinson
- ☐ Epilepsie
- ☐ _____

Vorbefunde/Bildgebende Diagnostik

Röntgen, CT, MRT – Voruntersuchungen (bitte Angaben Jahr und Untersuchung). Bitte bringen Sie die Bilder und Befunde, die für Ihre Erkrankung relevant sind, zur Vorstellung mit.

Sozialmedizin

Berufliche Tätigkeit: _____

Pflegegrad: _____

Grad der Behinderung: _____ Merkzeichen: _____

Rechtliche Betreuung: _____

Vorsorgevollmacht: _____

Patientenverfügung: _____

Ort, Datum_____
Unterschrift Patient*in

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!
Ihr neurologisches MVZ-Team