

MVZ - ÖHK gGmbH
Pfafferoode 102 · 99974 Mühlhausen

MVZ - ÖHK gGmbH
Praxis für Neurologie

Dr. med. Beatrice Brand

T +49 3601 80-3472
F +49 3601 80-3113
B.Brand@oehk.de

— 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.

MVZ - ÖHK gGmbH
Pfafferoode 102
99974 Mühlhausen
T +49 3601 80-30
F +49 3601 80-3104
mvz@oehk.de - www.oehk.de

Bank für Kirche & Caritas eG
IBAN: DE98 4726 0307 0012 7140 00
BIC: GENODEM1BKC

Praxis für Radiologie : +49 3601 80-3245
Praxis für Neurologie: +49 3601 80-4060

Amtsgericht Jena
HRB Nr.: 518969
IK-Nr.: 271601748
BSNR: 936424798
Steuer-Nr.: 157/124/21271

Geschäftsführer: Klaus-Peter Fiege
Ärztlicher Leiter: Dr. med. Thomas Bauer



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

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?

Gibt es Familienangehörige, die unter ähnlichen Symptomen leiden?

Vegetative Anamnese

Größe: _____

Gewicht: _____

Alkoholkonsum: _____

Nikotinkonsum: _____

Allergien:

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Medikamentenplan)

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

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

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

Pflegegrad:

Grad der Behinderung:

Merkzeichen:

Rechtliche Betreuung:

Vorsorgevollmacht:

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr neurologisches MVZ-Team