**NEUROLOGIE ZWEIBRÜCKEN** · Poststraße 5 · 66482 Zweibrücken

NEUROLOGIE ZWEIBRÜCKEN

# ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient ……....
Name Vorname geb.

Anschrift…….
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) ……..…… E-Mail ……

Tel. (Mobil) ……..…… Beruf ……..……

Hausarzt …….. Überweisender Arzt …….....……

Wünschen Sie, dass Ihr Hausarzt/ überweisender Arzt einen Bericht von uns erhält? ☐ ja / ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Treiben Sie Sport? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Sind Sie schwanger? ☐ ja / ☐ nein

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Allergien? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, welche:

_____

Medikamentenunverträglichkeiten? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, welche:

_____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzrhythmusstör. | ☐ Herzinfarkt | ☐ Schlaganfall | ☐ Thrombose |
| ☐ Lebererkrankung | ☐ Nierenerkrankungen | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Schwindel | ☐ Krampfanfälle |
| ☐ Gemütskrankheiten | ☐ Suchterkrankungen | ☐ Kopfschmerzen | ☐ Migräne | ☐ Blutungsneigung |
| ☐ Krebserkrankungen | ☐ Chron. Infektionen | ☐ Hepatitis | ☐ HIV | ☐ sonstiges |

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzrhythmusstör. | ☐ Herzinfarkt | ☐ Schlaganfall | ☐ Allergien |
| ☐ Krebserkrankungen | ☐ Muskelerkrankungen | ☐ Kopfschmerzen | ☐ Migräne | ☐ Gangstörungen |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ☐ ja / ☐ nein ☐ Verhütungsmittel (z.B. Pille, Spirale)

Welche? _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

☐ Arzt ☐ Familie ☐ Bekannte(r) ☐ Telefonbuch ☐ Zeitung ☐ Internet ☐ Praxisschild ☐ Sonstiges

…… ……..
Datum Unterschrift