



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir begrüßen Sie in der Praxis für neurologische und seelische Gesundheit von Herrn Bayrakci, Facharzt für Nervenheilkunde und Neurologie. Um Sie bestmöglich beraten zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen vorab auszufüllen. Dieser wird in Ihre elektronische Patientenakte in der Praxis zur Vorlage beim Arzt eingelesen, der schriftliche Fragebogen wird dann vernichtet.

Name:

Telefon mobil:

Geburtsdatum:

Festnetztelefon:

Adresse:

Hausarzt:

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt:

- | | | | |
|---|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> KHK |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Glaukom/grüner Star | <input type="checkbox"/> Operationen | |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> seelisch-psychisch | | | |

Welche genau oder andere nicht aufgelistete Vorerkrankungen:

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

Allergien: nein ja Wenn „Ja“, welche:

Körpergröße: cm Gewicht: kg



Rauchen: nein ja wenn ja, was und wieviel: _____

Seit wann: _____

Wenn früher geraucht, wie lange, wieviel und wann aufgehört:

Alkoholkonsum:

nein ja wenn „Ja“, wie häufig: täglich ___/Woche ___/Monat

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein? (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)

Name	morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
------	---------	---------	--------	-----------

Schlaf: wie viele Stunden pro 24 Std: ___ Einschlafstörung Durchschlafstörung

Beruf: berentet arbeitssuchend tätig als _____

Familienstand: alleinstehend mit Partner/in lebend verheiratet

Kinder Anzahl:



Freizeitaktivitäten/Sport: _____

Mögliche Schwangerschaft (wichtig z.B. bei Überlegungen zur Gabe von Medikamenten)

nein ja

Haben Sie sich schonmal ärztlich in neurologische oder psychiatrische Behandlung begeben?

nein ja

wenn ja: wo _____

und wann _____

Einwilligungserklärung:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der oben genannten Praxis meine Daten in meiner elektronischen Patientenakte praxisintern zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden, außer eine Schweigepflichtsentbindung liegt vor.

Sie können die gemachten Angaben jederzeit ohne Begründung widerrufen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

(Patient/in oder gesetzl. Vertreter/in)