



Ich begrüße Sie in meiner Praxis für neurologische und seelische Gesundheit!

Um Sie bestmöglich beraten zu können, bitten ich Sie, den folgenden Fragebogen vorab auszufüllen. Dieser wird in Ihre elektronische Patientenakte übernommen, der schriftliche Fragebogen wird dann vernichtet.

Name:  Telefon mobil:   
Geburtsdatum:  Festnetztelefon:   
Adresse:  Hausarzt  
(Name/Adresse):

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt:

- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankungen
- Bluthochdruck
- KHK
- Herzschwäche
- Lungenerkrankungen
- Schlaganfall
- Thrombose
- Glaukom/grüner Star
- Operationen
- erhöhte Blutfette
- Baucherkrankungen
- Krebserkrankungen
- 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

Beruf:  berentet  arbeitssuchend  tätig als



Rauchen:  nein

ja - wenn ja, was wieviel und seit wann:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Alkoholkonsum:

nein  ja wenn „Ja“, was/wie häufig:  täglich  \_\_\_\_/Woche  \_\_\_\_/Monat

\_\_\_\_\_

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

**Wenn Sie einen Plan zur Hand haben, bitte an der Rezeption zum Scannen abgeben, dann brauchen Sie die Medikamenten-Tabelle nicht weiter ausfüllen!**

Name / Dosis	morgens	mittags	abends	nachts
--------------	---------	---------	--------	--------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schlaf: wie viele Stunden pro 24 Std: \_\_\_\_  Einschlafstörung  Durchschlafstörung

Familienstand:  alleinstehend  mit Partner/in lebend  verheiratet

geschieden  verwitwet

Kinder (m\*w/Alter) 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 \_\_\_\_\_

Haben Sie schonmal eine Psychotherapie gemacht?

nein  ja

wenn ja: wo \_\_\_\_\_

und wann \_\_\_\_\_ oder  aktuell bestehend

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)