



Vorname/Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Hausarzt, Name/Anschrift

Sonstige behandelnde Ärzte: _____

Liebe(r) Patient (in),
damit wir ausreichend Zeit haben, uns im Gespräch mit Ihren Beschwerden
auseinanderzusetzen, ist es hilfreich, wenn wir bereits im Vorfeld so viele Informationen wie
möglich von Ihnen bekommen. Hierzu dient der vorliegende Fragebogen.

Aktuelle Beschwerden in Ihren eigenen Worten:

Vorerkrankungen (bitte ggf. unterstreichen)

	ja	nein	nicht bekannt
Bluthochdruck Diabetes Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen/Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhte Blutfette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafapnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weitere Vorerkrankungen/Operationen:

Medikamente:

Allergien/ Medikamenten-Unverträglichkeiten:

Für Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?

Ja

nein

Bitte geben Sie Ihre Größe und aktuelles Gewicht an.

_____ m _____ kg

Datum, Ort

Unterschrift

Hinweis zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO): Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften. Die Einzelheiten hierzu können Sie auf unserer website: <http://neurologe-volksdorf.de> einsehen.