

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis.

Damit bei Ihrem ersten Termin möglichst viel Zeit für das Gespräch und die neurologische Untersuchung bleibt, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.

Sollte Ihnen etwas unverständlich sein, besprechen wir es gerne persönlich.

Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.



**PRIVATPRAXIS
für Neurologie
Dr. Dröder**

Persönliche Daten

Datum _____

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____ Email _____

Hausarzt _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfe? _____%

Vorerkrankungen

Schlaganfall/Hirnblutung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Thrombosen/Embolien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Krebsleiden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Borreliose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Operationen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Rheuma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Psychiatrische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Psychotherapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Familien/Erbkrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Andere Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Medikamente	früh	mittags	abends	zur Nacht

Stimmung	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> schlecht
Antrieb	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> schlecht
Konzentration	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> mäßig	<input type="radio"/> schlecht
Sprache	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> undeutlich	<input type="radio"/> Wortfindungsstörungen
Gang	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> unsicher	<input type="radio"/> Stürze
Appetit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> keinen
Wasserlassen	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> häufiger	<input type="radio"/> oft nachts
Stuhlgang	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> Durchfall	<input type="radio"/> Verstopfung
Stress	<input type="radio"/> beruflich	<input type="radio"/> privat	
Schlaf: _____ h/Tag	<input type="radio"/> Einschlafprobleme	<input type="radio"/> Durchschlafprobleme	
Schnarchen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	

Ihr Gewicht: _____ kg

Ihre Körpergröße: _____ cm

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel/Tag: _____

Wieviel Alkohol trinken Sie/Tag? _____

Vielen Dank! Ihre Dr. Stefanie Dröder mit Praxisteam