

bitte füllen Sie unseren Fragebogen für NeupatientInnen aus.  
Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

1. Was ist Ihr Hauptwunsch für Ihren Besuch oder Ihre Untersuchung?

\_\_\_\_\_

2. Kommen Sie zu uns aufgrund von aktuellen Beschwerden? Falls ja, notieren Sie diese bitte stichpunktartig.

\_\_\_\_\_

3. Welche Auswirkungen haben diese Beschwerden auf Ihren Alltag? Notieren Sie diese bitte stichpunktartig.

\_\_\_\_\_

4. Waren Sie aufgrund einer neurologischen Erkrankung in stationärer Behandlung in einem Krankenhaus?  
Wenn ja, bitte Erkrankung, Aufenthaltsdauer und Krankenhaus notieren. Falls möglich, bringen Sie bitte Vorberichte mit.

\_\_\_\_\_

5. Wurde bei Ihnen eine bildgebende Untersuchung (MRT/CT) durchgeführt? Falls ja, welche Untersuchung, welches Körperteil, welche radiologische Praxis? Falls möglich, bringen Sie bitte einen Befund der Untersuchung mit.

\_\_\_\_\_

6. Haben Sie bekannte Vorerkrankungen? (Zum Beispiel Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Erkrankungen an Herz, Niere, Lunge, Leber, Wirbelsäule) Falls ja, bitte kurz notieren.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

8. Nehmen Sie dauerhaft und/oder bedarfsweise Medikamente? Falls ja, bitte Medikament in Dosis und Einnahmefrequenz angeben.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Besteht derzeit ein Kinderwunsch oder eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

10. Wie ist Ihre soziale Situation? (berentet/arbeitsuchend/angestellt/selbstständig, Schwerbehinderungsgrad, Pflegegrad, Pflegedienst)

\_\_\_\_\_

11. Haben Sie Anmerkungen zu unserem Fragebogen?

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank!**

