

Anamnesefragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
damit bei Ihrem ersten Termin möglichst viel Zeit für ein offenes Gespräch
und/oder eine neurologische Untersuchung bleibt, bitte ich Sie die unten
stehenden Fragen zu beantworten. Sollte Ihnen etwas unverständlich sein,
fragen Sie bitte an der Rezeption oder wir besprechen es persönlich.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank! Ihre Dr. Barbara Steiner



NEUROLOGIE am Tauentzien

Priv.-Doz. Dr. med. Barbara Steiner
Fachärztin für Neurologie
Zusatzbezeichnung Geriatrie

Passauer Str. 8
10789 Berlin
T 030 / 214 33 39
F 030 / 214 34 39
info@nat.berlin.de
www.neurologie-am-tauentzien.de

Name:

Größe: m Gewicht: kg

E-Mail-Adresse:

Handynummer:

Ihr Hausarzt:

Liegt Folgendes bei Ihnen vor?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Grüner Star (Glaukom)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma bronchiale? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Herzrhythmusstörungen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzucker (Diabetes mellitus)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rheuma? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Krebs-Vorerkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung? (z. Bsp. Hepatitis) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| HIV ? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie täglich Alkohol? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Schlafstörungen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Appetitlosigkeit oder an Gewichtsabnahme | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie das Medikament Marcumar? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Für Frauen: Sind Sie schwanger? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Für Männer: Prostatavergrößerung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie pflanzliche/homöopathische Mittel ein? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sonstige Erkrankung?

Sind Allergien bekannt, welche?

Datum: _____

Unterschrift: _____