



Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Bitte lesen Sie diesen Bogen aufmerksam durch und beantworten Sie folgende Fragen:

Alle Angaben sind freiwillig, können jederzeit widerrufen werden, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Aktuelle Beschwerden:

Bitte erläutern Sie kurz, welche Beschwerden Sie zu dieser Konsultation führen!

Eigenanamnese:

Bitte ankreuzen, falls zutreffend! Bitte ergänzen Sie weitere Informationen!

Diabetes mellitus koronare Herzkrankheit (KHK) Epilepsie HIV

Bluthochdruck arterielle Verschlusskrankheit (paVK) Cholesterin erhöht Hepatitis

Schilddrüsenstörung Welche: _____

Rheumatische Erkrankung Welche: _____

Herzrhythmusstörung Welche: _____

Blutgerinnungsstörung Welche: _____

Schlaganfall Wann: _____

Herzinfarkt Wann: _____

Thrombosen Wo: _____

Andere Erkrankungen / Welche: _____ Wann: _____
Operationen

Rauchen Zigaretten pro Tag: _____ Seit wann: _____

Alkohol < 1 x / Woche > 1 x / Woche täglich

jemals Chemotherapie Welche Erkrankung und wann: _____

Allergien Welche: _____

Schwangerschaft Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Implantate:

Bitte ankreuzen, falls zutreffend! Bitte ergänzen Sie gegebenenfalls weitere Informationen!

Hirnschrittmacher / THS Herzschrittmacher / Defibrillator Stent Blasenmodulator

Ventrikulo-peritonealer Shunt Metallimplantate (Platten, Schrauben)

Sonstige Implantate Welche: _____

Medikamente:

Bitte ankreuzen, falls zutreffend! Bitte ergänzen Sie gegebenenfalls weitere Informationen!

- Blutverdünnende Medikamente Welche: _____
- Andere Medikamente Welche: _____ Dosierung: _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Untersuchungen:

Bitte ankreuzen, falls zutreffend! Bitte ergänzen Sie gegebenenfalls weitere Informationen!

In den letzten 5 Jahren wurden folgende Untersuchungen durchgeführt:

- Ultraschall der Halsgefäße Wann: _____
- EEG Wann: _____
- MRT Welche Körperregion: _____ Wann: _____
- _____
- CT Welche Körperregion: _____ Wann: _____
- Nervenmessung / EMG Welche Körperregion: _____ Wann: _____
- Andere Untersuchungen Was: _____ Wann: _____
- _____

Erkrankungen in der Familie:

Bitte ankreuzen, falls zutreffend! Bitte ergänzen Sie gegebenenfalls weitere Informationen!

Bei Verwandten sind folgende Erkrankungen bekannt:

- Schlaganfall Bei wem: _____ In welchem Alter: _____
- Herzinfarkt Bei wem: _____ In welchem Alter: _____
- Epilepsie Bei wem: _____
- Kopfschmerzen / Migräne Bei wem: _____
- Andere neurologische Krankheiten Was und bei wem: _____ Alter: _____
- _____

Hausarzt: Bitte nennen Sie uns Ihren Hausarzt!

Name: _____

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-mail

Ich stimme zu, dass ich mittels des Doctolib Kalendersystems an Termine via SMS und/ oder E-Mail erinnert werden kann. Von dieser Einwilligung kann ich jederzeit zurücktreten.

Unterschrift: _____