

Anamnesebogen
Neurologische privatärztliche Praxis Dr. Dr. Beyreuther

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

Bitte füllen Sie die Fragen so vollständig aus, wie es Ihnen möglich ist.

1. Bitte benennen Sie Ihren behandelnden Hausarzt und Fachärzte:

2. Aufgrund welcher Beschwerden sind Sie bei uns (z.B. Schmerzen oder Taubheitsgefühle mit Lokalisation, Auslöser, Auftreten, Verlauf, Ausstrahlung, Begleitsymptome, Intensität, Dauer, lindernde oder verschlimmernde Faktoren)?

3. Bestehen derzeit besondere Belastungsfaktoren (beruflich/privat)?

4. Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

5. Bestehen Vorerkrankungen?

6. Wurden Operationen durchgeführt?

7. Wurden MRTs, CTs oder Röntgen durchgeführt?

8. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

9. Besteht eine Schwangerschaft? Anzahl der Entbindungen?

10. Konsumieren Sie regelmäßig Genuss- und Suchtmittel (z. B. Nikotin, Alkohol, Cannabis)?
Bitte geben Sie ggf. die Häufigkeit und Menge an:

11. Wie ist der aktueller Impfstatus? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie, Pertussis,
Tetanus (DPT) | <input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen) | <input type="checkbox"/> RSV |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B | <input type="checkbox"/> Grippe (Influenza) | <input type="checkbox"/> FSME |
| <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (IPV) | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Tollwut |
| <input type="checkbox"/> Gürtelrose (Herpes Zoster) | <input type="checkbox"/> Meningokokken B | <input type="checkbox"/> Covid-19 |
| <input type="checkbox"/> Mumps, Masern, Röteln (MMR) | <input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY | |
| | <input type="checkbox"/> Humane Papillomviren (HPV) | |

12. Treiben Sie Sport?

- nein gelegentlich regelmäßig

13. Familienanamnese: Sind neurologische Erkrankungen der Eltern, Geschwister oder Großeltern bekannt?

14. Sozialanamnese: Bitte geben Sie Ihren Ausbildungsstand, aktuelle Tätigkeit und ggf. Pflegegrad, GdB, Wohnsituation, häusliche Versorgung, familiäre Situation an:

15. Im Notfall können wir die folgende Person (Verhältnis zu Ihnen, Telefon) kontaktieren:

Datum,

Unterschrift