

Neurologikum Krefeld

Gemeinschaftspraxis für Neurologie und Psychiatrie
Dr. med. Jens-Holger Moll & Dr. med. Mana Mesbah
Bismarckstr. 16-18, 47799 Krefeld • Tel.: 02151 4798360 • Fax: 02151 4798380
E-Mail: praxis@neurologikum-krefeld.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine optimale Beratung und Versorgung in unser Praxis bitten wir Sie, den Fragebogen möglichst sorgfältig auszufüllen. Vielen Dank im Voraus!

Bogen 1 (Seite 1-3) - Anamnesebogen neurologisch

Bogen 2 (Seite 1-4) - Anamnesebogen psychiatrisch

Bogen 1

Anamnesebogen neurologisch (Seite 1-3)

Persönliche Angaben

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Hausarzt/in: _____

Überweisender Arzt/in: _____

Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____

Gewichtszunahme: _____ Gewichtsabnahme: _____

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? ja nie ja, von _____ bis _____

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: _____

Alkohol Drogen. Wenn ja, bitte ungefähre Mengenangabe: _____

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

1. Behandlungsanlass

Hauptbeschwerde(n) aktuell: _____

Beginn der Beschwerden: _____

2. Vorerkrankungen / Neurologische und psychiatrische Symptome

- Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck)
 - Schlaganfall
 - Hyperlipoproteinämie (Cholesterin↑)
 - Diabetes mellitus
 - Gedächtnisprobleme
 - Konzentrationsstörungen
 - Sprech- oder Sprachstörungen
 - Schluckstörungen
 - Bewegungsstörungen (z.B. Gangunsicherheit, Zittern, Steifheit, Lähmungen)
 - Sensibilitätsstörungen (z.B. Taubheit, Kribbeln, brennende Missempfindungen)
 - Gleichgewichtsstörungen
 - Schwindel
 - Schlafstörungen
 - Kopfschmerzen
 - Migräne
 - Krampfanfälle / Epilepsie
 - Depression (z.B. Niedergeschlagenheit, Antriebsschwäche)
 - Angst / Panikattacken
 - AD(H)S
 - Psychotisches Erleben (z.B. Halluzinationen, Verfolgungswahn)
 - Infektiöse Erkrankung (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
 - Krebserkrankung
 - Voroperationen: _____
 - Andere Beschwerden / Sonstiges: _____
-

4. Medikamentenanamnese

Aktuelle Medikation

- siehe beiliegender Verordnungsplan, oder:

Medikament	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	nachts

5. Familienanamnese

Neurologische oder psychiatrische Erkrankungen in der Familie:

6. Frühere Behandlungen / Untersuchungen

Stationäre Aufenthalte (Kliniken, Jahre):

Bildgebung Kopf oder Wirbelsäule (CT/MRT): ja nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Ambulante neurologische/psychiatrische/psychotherapeutische Therapie: ja nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Sonstiges:

7. Sozialanamnese

Beruf / Tätigkeit: _____

Familiäre Situation: alleinlebend getrennt Partnerschaft Kinder: _____

Schwerbehindertenausweis ja nein _____ Wenn ja, Grad der Behinderung _____

Pflegegrad ja nein _____ Wenn ja, welcher Pflegegrad _____

Betreuung / Vollmacht / Patientenverfügung ja nein ___ wenn ja, bitte ergänzen:

Name, Adresse, Tel.nr. _____

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Bogen 2

Anamnesebogen psychiatrisch (Seite 1-4)

Wenn Sie zusätzlich unter psychischen (geistigen u. seelischen) Problemen leiden, wie z.B. Depressionen, Ängsten, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen usw., bitten wir Sie, auch diese Seite (Seite 4) des Fragebogens auszufüllen.

Familienanamnese:

Wie alt sind Ihre Eltern? Vater: _____ Mutter: _____

Haben Sie Geschwister? ja nein

Alter der Geschwister: _____

Gab es Auffälligkeiten in Ihrer Kindheitsentwicklung (Geburtsverlauf, Sprechen und Laufen lernen)?

Erweiterte Sozialanamnese

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre jetzige Lebenssituation, z.B. Partnerschaft, Kinder, Trennungen, Arbeit, Wohnen usw.

Schulabschluss: _____

Ausbildung / Studium: _____

Gab es Schulschwierigkeiten? _____

Gibt es bei Ihnen einschneidende Lebensereignisse? ja nein

Wenn ja, welche? Bitte kurze Schilderung:
