

**Neurologische Praxis  
Dr. med. Doris Botzler**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient .....  
Name ..... Vorname ..... geb. ....

Anschrift .....  
Straße ..... Hausnummer ..... Postleitzahl ..... Wohnort .....

Tel. (Privat) ..... E-Mail .....

Tel. (Mobil) ..... Beruf .....

Hausarzt ..... Überweisender Arzt .....

**Rauchen Sie?**  ja /  nein Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  ja /  nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

**Sind Sie Schwanger?**  ja /  nein

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**  ja /  nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? \_\_\_\_\_

**Operationen / Bestrahlung?**  ja /  nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergien?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Medikamentenunverträglichkeiten?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

- |  |   |  |                                       |  |
|--|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör.  | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose       |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Schwindel    | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle   |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen  | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen     | <input type="checkbox"/> Migräne      | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Chron. Infektionen | <input type="checkbox"/> Hepatitis         | <input type="checkbox"/> HIV          | <input type="checkbox"/> sonstiges       |

**Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?**

- |  |   |  |                                       |  |
|--|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör.  | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Allergien     |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne      | <input type="checkbox"/> Gangstörungen |

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?**  ja /  nein  Verhütungsmittel (z.B. Pille, Spirale)

Welche? \_\_\_\_\_

**Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:** \_\_\_\_\_

- Arzt  Familie  Bekannte(r)  Telefonbuch  Zeitung  Internet  Praxisschild  Sonstiges

.....  
Datum ..... Unterschrift .....