

VORANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
um wichtige Informationen über Ihre Krankheitsvorgeschichte zu erfassen, bitten wir Sie kurz aber vollständig die Fragen zu beantworten.

Alle Angaben sind selbstverständlich nur zu machen, wenn Sie dies wünschen und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:

Geburtsdatum:

Telefon:

Hausarzt:

E-Mail-Adresse:

Gewicht:

Größe:

<p>Wenn Sie möchten, beschreiben Sie kurz die Hauptbeschwerden, weswegen Sie zu uns kommen.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																					
<p>Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? (Wenn möglich, bitte mit Dosierung)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 65%; text-align: center;">Medikament</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Dosierung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1)</td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr> <tr><td>2)</td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr> <tr><td>3)</td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr> <tr><td>4)</td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr> <tr><td>5)</td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr> <tr><td>6)</td><td><hr/></td><td><hr/></td></tr> </tbody> </table>		Medikament	Dosierung	1)	<hr/>	<hr/>	2)	<hr/>	<hr/>	3)	<hr/>	<hr/>	4)	<hr/>	<hr/>	5)	<hr/>	<hr/>	6)	<hr/>	<hr/>
	Medikament	Dosierung																				
1)	<hr/>	<hr/>																				
2)	<hr/>	<hr/>																				
3)	<hr/>	<hr/>																				
4)	<hr/>	<hr/>																				
5)	<hr/>	<hr/>																				
6)	<hr/>	<hr/>																				
<p>Bestehen Allergien oder Medikamenten-unverträglichkeiten?</p>	<hr/> <hr/>																					
<p>Waren Sie schon in ambulanter oder stationärer neurologisch/psychiatrischer Behandlung?</p> <p>Wurde schon eine Reha-Maßnahme durchgeführt?</p> <p>Wann? Wo?</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																					
<p>An welchen behandelnden Arzt ist ein Bericht erwünscht?</p>	<hr/>																					