Patienten- Anamnesebogen

NEUROLOGIE PRAXIS
HEIMSHEIM
BARBARA AUSTERSCHULTE

Name:_____

Anschrift:_____

Telefon Nr.:_____Mobil:_____

E-Mail.:_____

Terminerinnerung per E-Mail: ___Ja ___ Nein

Geboren am:_____

Beruf/Tätigkeit:_____

Haben Sie einen Grad der Behinderung? Ja / Nein _____ Welchen?

Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen? _____

Größe:_____cm Gewicht:_____kg

Hausarzt:_____ in _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja / Nein

Welche:_____

_____

_____

Haben Sie Vorerkrankungen? Welche?

_____

_____

_____

Was sind Ihre Aktuellen Beschwerden und seit wann ?

_____

_____

Wurden Sie diesbezüglich schon behandelt? _____

(z.B. Physiotherapie)