

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,
durch diesen Fragebogen möchten wir Ihnen unnötige Wartezeit ersparen. Füllen Sie bitte diesen Fragebogen auf Vorder- und Rückseite aus, indem Sie die Fragen patientenbezogen und vollständig beantworten sowie die vorgegebenen Antworten ankreuzen. Wir hoffen so, die Behandlung wie auch den Schriftwechsel problemlos zu gestalten.



Wir bitten Sie Ihr **Mobile/Handy** in unserer Praxis **ganz auszuschalten!**

Es stört auch im Flugmodus die neurophysiologischen Untersuchungen.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____ Telefonnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____ Krankenkasse: _____

Patient ist mitversichert: Ja Nein (Wenn ja, bitte ausfüllen:)

Patient ist: Ehepartner Kind Sonstiges: _____

Mitversichert bei: _____, geb. am: _____

Bei Privatversicherung: Rechnung an Patient Versicherten

Unterschrift des Patienten oder des Versicherten: _____

Vor und Zuname des Versicherten/Erziehungsberechtigten in Druckschrift:

Hat in unserer Praxis bereits eine Behandlung stattgefunden?

Nein Ja, wann? _____

Wer soll einen Bericht (gemäß §73 Abs. 1b SGB) bekommen?

Hausarzt Facharzt ich wünsche keinen Bericht

Bitte den Namen des Arztes angeben: _____

Bad Kissingen, den _____ Unterschrift: _____

Erlerner Beruf: _____ Derzeitiger Beruf: _____

Familienstand: _____ (seit? _____)

Anzahl der Kinder: _____ Alter der Kinder: _____

Liegt bei Ihnen eine amtliche Betreuung vor? Ja Nein

(Bitte Betreuungsausweis vorlegen oder Betreuer angeben!)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Medikamentenplan bitte vorlegen.

Ich komme wegen (welcher Beschwerden): _____

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus.

~Körperliche Beschwerden~

Schmerzen: Keine Kopf Schulter-Nacken-Bereich Rücken
 Arme Hände Beine links rechts

Schwindel: Nein Ja drehend schwankend

Hören: ohne Probleme herabgesetzt links rechts

Ohrgeräusche: Keine Ja links rechts

Sehen: ohne Probleme links rechts (Brille ist nicht gemeint)
 Doppelsehen Verschwommensehen Schleier sehen

Störungen: Keine Geruch Geschmack Sprache

Gefühlsstörungen: Keine Kopf Gesicht
 Arme Hände Beine Füße links
 rechts

Kraftminderung: Keine

Arme Hände Beine Füße links rechts

Gangstörung: Keine nur mit Hilfe breitbeinig unsicher kleinschrittig

~Vegetative Beschwerden~

Wasserlassen: ohne Schwierigkeiten häufiges Wasserlassen
 Inkontinenz Harnentleerungsstörung

Stuhlgang: ohne Schwierigkeiten
Neigung zu Verstopfung Durchfall

Appetit: normal wenig übermäßig Gewichtsprobleme

Schlaf: normal Einschlafstörung Durchschlafstörungen

Alkohol: nein ja, pro Tag _____ regelmäßige gelegentlich

Nikotin: nein ja, pro Tag _____ gelegentlich: _____

Drogenkonsum: nein ja regelmäßige gelegentlich

Allergien: nein ja, _____ Allergiepass bitte vorzeigen!

~Seelische Beschwerden~

Stimmung: normal ausgeglichen schwankend
 unausgeglichen ärgerlich traurig

Ängste: nein ja, _____

Gedächtnis und Konzentration: gut nachlassend schlecht