

Fragebogen zur Erstaufnahme in der neurologischen Ambulanz Dr. med. Semjon Taubert

Liebe Patientin, lieber Patient,

die meisten neurologischen Erkrankungen betreffen Sie mit Ihrer ganzen Person: Ihrem Verstand, Ihrem Gefühlsleben, Ihrem Gehirn, Ihren großen und kleinen Nerven sowie allen Ihren inneren und äußeren Organen, die von diesen Nerven erreicht werden. Sie können über lange Zeiträume hinweg entstehen oder müssen langfristig behandelt werden.

Zur Erkennung und Behandlung von Erkrankungen benötigen NeurologInnen daher viele Informationen, die für andere ÄrztInnen weniger wichtig sind.

Bitte helfen Sie uns dabei, Ihnen zu helfen! Alle Angaben sind natürlich freiwillig.

So wie alle Ihre Daten bei uns bleiben auch Ihre Antworten selbstverständlich geheim und unterliegen vollständig der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Antworten werden NICHT weitergegeben an: eine staatliche Behörde, Ihre Versicherung, Ihren Arbeitgeber, andere ÄrztInnen oder Helfende, Ihre Freunde und Bekannten, Ihre Familie, Ihre Partnerin oder Ihren Partner. Nur Sie selbst bestimmen, wann und an wen Informationen geteilt werden dürfen.

Datum: _____

Ich heiße: _____ geboren am: _____

Meine Telefonnummer(n): _____

Meine E-Mail: _____

Zustimmung ePA: ja nein

Widerspruch eingereicht? ja nein

Wir bitten um Verständnis, dass wir zur Anwendung der ePA verpflichtet sind, wenn Sie dieser bei Ihrer Krankenkasse nicht aktiv widersprechen.

Ich habe wegen Lese-/Rechtschreibschwäche oder Sprachbarriere oder Verständnisproblemen den Bogen zusammen mit

_____ ausgefüllt.

(Name und Bezug zur Patientin / Patient)

Meine Hausärztin / mein Hausarzt ist:

(Name und Ort)

Ich habe einen Betreuer/ gesetzlichen Betreuer: (Betreuerausweis beifügen)

Name/Kontakt: _____

Aufgabenbereiche: _____

Ich habe eine Vorsorgevollmacht:

Name/Kontakt: _____

Aufgabenbereiche: _____

Ich habe eine Patientenverfügung: ja nein (gerne in Kopie mitbringen)

Außerdem bin ich in Behandlung bei folgenden ÄrztInnen:

(Name und Ort)

(Fachrichtung)

Ich bin in psychotherapeutischer Behandlung bei:

(Name und Ort)

Ich war bisher in Behandlung bei folgenden neurologischen Fachärzten:

(Name und Ort)

(ungefährer Zeitraum)

Ich war bisher in Behandlung in folgenden neurologischen Kliniken:

(Name und Ort)

(ungefährer Zeitraum)

Ich hatte früher schon einmal eine Bildgebung des Schädels, und zwar:

(Name der Klinik oder radiologischen Praxis)

(ungefährer Zeitraum)

Ich hatte schon einmal folgende Unfälle, bei denen eine Verletzung des Schädels oder der Wirbelsäule oder von Nerven aufgetreten ist:

(Art des Unfalls / Verletzungen)

(ungefährer Zeitraum)

Als Kind hatte ich folgende Erkrankungen:

(Erkrankung)

(ungefährer Zeitraum)

Als Kind hatte ich einen epileptischen Anfall oder wurde auf Epilepsie behandelt, und zwar:

(Art der Epilepsie / Diagnose / Wie sahen die Anfälle aus?)

(In welcher Klinik / Praxis wurde die Diagnose gestellt?)

(ungefährer Zeitraum)

Als Kind oder Teenager war meine Entwicklung anders als bei anderen:

Ich habe in der Jugend Medikamente eingenommen, und zwar:

(Name des Medikaments / Klinik / Praxis?)

(ungefährer Zeitraum)

Ich lebe ausschließlich vegan (kein Ei, keine Milchprodukte)

- Ja, seit ungefähr: _____ Nein

Mein Gewicht: _____ Meine Größe: _____

Ich habe _____ Schulklassen durchlaufen und

- keinen Schulabschluss gemacht.
- einen Hauptschulabschluss gemacht.
- einen mittleren Schulabschluss / Realschulabschluss gemacht.
- Abitur oder Fachhochschulabschluss gemacht.

- Ich habe danach keine Berufsausbildung oder kein Studium gemacht.
- Ich habe danach folgende Berufsausbildung gemacht:

- Ich habe danach folgenden Studiengang absolviert:

- Ich habe danach in folgenden Berufen gearbeitet:

- Ich arbeite aktuell bzw. normalerweise als:

- Ich arbeite derzeit nicht, weil ich

- arbeitssuchend bin seit ca.: _____
- krankgeschrieben bin seit ca.: _____
- Kinder oder Verwandte zu Hause betreue seit ca.: _____
- in Rente bin.

- Ich beziehe Alters-Rente seit ca.: _____

- Ich beziehe Erwerbsminderungs-Rente seit ca.: _____

- Ich habe folgende Rente beantragt: _____

- Ich lebe alleine zu Hause.

- Ich habe eine feste Partnerin bzw. einen festen Partner.

- Ich lebe mit _____ Kindern zu Hause, die folgendes Alter haben:

- Ich betreue oder pflege zusätzlich regelmäßig Verwandte.

- Ich habe _____ Kinder geboren. Ich hatte _____ Schwangerschaften.
- Ich kann mich zu Hause vollständig allein versorgen (Körperhygiene + Einkaufen + Kochen + Wohnung säubern).
- Ich komme außerhalb der Wohnung vollständig alleine zurecht.
- Ich benötige Hilfe im Haushalt bei folgenden Tätigkeiten:

- Ich benötige außerhalb der Wohnung Hilfe bei folgenden Tätigkeiten:

- Ich nutze diese Gehhilfen: _____ seit ca.: _____
- Ich bin betreut vom Pflegedienst _____
- Ich besitze einen Führerschein ja, Klasse _____ nein
- Ich fahre Auto oder Motorrad
- Ich habe aus gesundheitlichen Gründen eine Haushaltshilfe für _____ Stunden / Woche.
- Ich habe den Pflegegrad _____ seit ca.: _____
- Ich habe den Pflegegrad _____ beantragt.

- Ich besitze den Schwerbehindertengrad: _____ Merkzeichen: _____

- Ich habe einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt. Wann? _____

- Ich habe folgende Hobbies:

Impfungen:

Grundimmunisiert als Kind: ja nein

Weitere Impfungen: Welche/ Wann? (gerne Impfausweis mitbringen)

Folgende **Erkrankungen** sind bei mir festgestellt worden, die behandelt oder operiert wurden oder mit denen ich immer noch in Behandlung bin:

Allergien: _____

	Art der Erkrankung	Seit wann?
<input type="radio"/> Hautkrankheiten		
<input type="radio"/> Geschlechtskrankheiten		
<input type="radio"/> Leber		
<input type="radio"/> Niere		
<input type="radio"/> Bauchspeicheldrüse		
<input type="radio"/> Diabetes		
	Insulin seit wann?	
<input type="radio"/> Stoffwechselerkrankungen		
<input type="radio"/> Schilddrüse		
<input type="radio"/> Magen/Darm		
<input type="radio"/> Harnblase/Geschlechtsteile		
<input type="radio"/> Gelenke		
<input type="radio"/> Lunge		
<input type="radio"/> Blutgefäße		
<input type="radio"/> Herz		
<input type="radio"/> Hals/Nase/Zähne		
<input type="radio"/> Ohr		
<input type="radio"/> Augen		
<input type="radio"/> Nerven		
<input type="radio"/> Muskeln		
<input type="radio"/> Wirbelsäule		
<input type="radio"/> Gehirn		
<input type="radio"/> Schlaganfall Ja/nein	Beschwerden:	
<input type="radio"/> Psyche oder Gemüt		
<input type="radio"/> Tumor-Erkrankungen		

Ich habe außerdem Beschwerden mit

chronischen Schmerzen, und zwar:

- der Stimmung bzw. der Gemütslage.
- dem Antrieb und der Lebenslust.
- starker und anhaltender Müdigkeit bei Tag.
- dem Gedächtnis oder der Denkleistung.
- trockenen Schleimhäuten oder trockenen Augen.
- der Schweißneigung bzw. zu viel Schwitzen.
- dem Einschlafen oder dem Durchschlafen.
- dem Wasserlassen, und zwar:

dem Stuhlgang, und zwar:

- der Kontinenz von Urin oder Stuhlgang.
- der Libido / der Lust auf Geschlechtsverkehr.
- dem Geschlechtsverkehr an sich bzw. der Erektion.

Ich rauche ca. _____ Zigaretten pro Tag seit ca.: _____

Ich rauche ca. _____ Joints pro Woche seit ca.: _____

Ich nutze E-Zigaretten /Vaporizer ca. _____ mal am Tag seit ca.: _____

Ich nehme Marihuana auf Rezept seit ca.: _____

Ich trinke regelmäßig ca. _____ Bier und/oder _____ Gläser Wein und/oder _____ Gläser Schnaps pro Tag seit ca.: _____

Ich nehme außerdem folgende Drogen regelmäßig ein:

Über folgende leibliche Angehörige kann ich Gesundheits-Auskunft geben:

Über folgende leibliche Angehörige, kann ich keine Auskunft geben:

Folgende Erkrankungen sind bei meinen leiblichen Verwandten festgestellt worden, die behandelt oder operiert wurden oder mit denen sie immer noch in Behandlung sind:

	Art der Erkrankung	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten		
<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten		
<input type="checkbox"/> Leber		
<input type="checkbox"/> Niere		
<input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse		
<input type="checkbox"/> Diabetes		
	Insulin seit wann?	
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen		
<input type="checkbox"/> Schilddrüse		
<input type="checkbox"/> Magen/Darm		
<input type="checkbox"/> Harnblase/Geschlechtsteile		
<input type="checkbox"/> Gelenke		
<input type="checkbox"/> Lunge		
<input type="checkbox"/> Blutgefäße		
<input type="checkbox"/> Herz		
<input type="checkbox"/> Hals/Nase/Zähne		
<input type="checkbox"/> Ohr		
<input type="checkbox"/> Augen		
<input type="checkbox"/> Nerven		
<input type="checkbox"/> Muskeln		
<input type="checkbox"/> Wirbelsäule		
<input type="checkbox"/> Gehirn		
<input type="checkbox"/> Schlaganfall Ja/nein	Beschwerden:	
<input type="checkbox"/> Psyche oder Gemüt		
<input type="checkbox"/> Tumor-Erkrankungen		

Was möchten Sie uns noch mitteilen: (z.B. Kontaktauskunftsperrern für bestimmte Personen/körperliche Besonderheiten)

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie kontaktieren dürfen (z.B. Befundmitteilung, Änderung von Terminen, etc.)? ja nein

Wenn ja, auf welchem Wege wollen Sie vorzugsweise kontaktiert werden?

Festnetz:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Sonstiges: _____

Folgende Person ist bevollmächtigt:

- Rezepte, Überweisungen, Heil- und Hilfsmittel zu bestellen/abzuholen
- Befundberichte entgegenzunehmen
- Termine zu machen oder abzusagen
- Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erhalten
- Einsicht in meine medizinischen Unterlagen zu bekommen

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer der bevollmächtigten Person)

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)/ gesetzl. Vertreter

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.