

Sehr geehrte Patienten der Neurologisch-/psych. Gemeinschaftspraxis Leer,  
wir sind immer bemüht, unsere Organisation zu verbessern, um Ihnen eine gute und effiziente  
Behandlung in unserer Praxis anbieten zu können. Hierzu sind grundsätzlich einige  
Vorinformationen hilfreich. Sie helfen uns, wenn Sie die wichtigen Informationen schon vorab in  
dieses Formular eintragen.

Name, Vorname: Ihre Telefonnummer: E-Mail Adresse:	Geb.-Datum:
1. Wegen welcher Beschwerden suchen Sie die Praxis auf?	
2. Chronische, d.h. dauerhafte Erkrankungen, die bei Ihnen bekannt sind bzw. wegen denen sie in dauerhafter Behandlung sind oder regelmäßig Medikamente einnehmen: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> arterielle Hypertonie/ Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus/Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> andere:	
3. Besondere Erkrankungen, die in früheren Lebensabschnitten aufgetreten sind, ausgenommen übliche Kinderkrankheiten und Erkältungskrankheiten: <input type="checkbox"/> keine	
4. Bisher durchgeführte Operationen: <input type="checkbox"/> keine	
5. Bisherige Krankenhausbehandlungen: <input type="checkbox"/> keine	
6. Fachärzte, bei denen Sie sich, neben dem Hausarzt , in regelmäßiger Behandlung befinden: <input type="checkbox"/> keine	
7. Vorbehandlungen durch Nervenärzte, Ärzte f. Neurologie oder Ärzte f. Psychiatrie/Psychotherapeuten: <input type="checkbox"/> keine	

8. Medikamente: <input type="checkbox"/> ich habe einen Medikamentenplan dabei <input type="checkbox"/> keine
9. Konsum von : <input type="checkbox"/> Alkohol: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> Zigaretten: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> Drogen: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> andere :
Körpergröße: _____cm <span style="float:right">Körpergewicht: _____kg</span>
10. Besondere Erkrankungen/ Erbkrankheiten, die in Ihrer Familie und bei Verwandten aufgetreten sind: <input type="checkbox"/> keine
11. Berufliche Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Schüler/Student <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> berentet Erlerner Beruf: _____ Aktuelle Tätigkeit: _____ Stunden/ Woche
12. Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet/ Partnerschaft <input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eigene Wohnung/Haus <input type="checkbox"/> wohne bei Angehörigen <input type="checkbox"/> betreute Einrichtung <input type="checkbox"/> Kinder : _____(Anzahl)
13. Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB .....% <input type="checkbox"/> Zusatz:
14. Bekannte Allergien: <input type="checkbox"/> Allergiepass
15. In den letzten Jahren durchgeführte Röntgendiagnostik: <input type="checkbox"/> Röntgenpass ( = Röntgenaufnahmen, Computertomografie (CT) oder Kernspintomografie (MRT/NMR))

Grundsätzlich ist es sinnvoll, wenn Sie zu den Besuchen in unserer Praxis, aktuelle Befundberichte und einen aktuellen Medikamentenplan mitbringen. Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!