

Neurozentrum Bielefeld

Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Regionales MS - Schwerpunktzentrum
Zentrum für Klinische Studien

Hauptstraße 102
33647 Bielefeld
Tel: 0521-443069
Fax: 0521-75982239
www.neurozentrum-bielefeld.de

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis und bitten Sie diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen und Unklarheiten helfen wir Ihnen gern weiter. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angabe der ärztlichen Schweigepflicht.

Bezüglich der Datenverarbeitung gemäß aktueller Datenschutzrichtlinie bitten wir Sie, den Aushang in unseren Praxisräumen zu beachten und die Schweigepflichtsenfbindung auf der Rückseite auszufüllen.

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Adresse (Straße, PLZ und Ort):

Telefon Festnetz: Mobil/Handy:

Name Ihres Hausarztes:

Name des überweisenden Arztes:

Nur auszufüllen, wenn Sie privatversichert sind:

Beihilfe Nein ja

Name der priv. Krankenkasse:

Basistarif

Standard-Tarif

Aufgrund welcher (neurologischer oder psychiatrischer) Beschwerden suchen Sie uns auf?

Welche bisherigen Erkrankungen sind bei Ihnen festgestellt worden (möglichst Jahresangabe u. Diagnosen):

Welche wesentlichen auch psychiatrische) Erkrankungen in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

Bitte wenden!

Ihre Größe (cm):

Ihr Gewicht (Kg):

Konsumieren Sie regelmäßig: Schlaf-/Beruhigungs-Tabletten Ja Nein

Alkohol Ja Nein

Nikotinkonsum Ja Nein

Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäig ein?

Name der Medikamente

Dosierung

Einnahmezeitpunkt am Tag

Allergien/
Unverträglichkeiten:

Welchen Beruf haben
Sie erlernt?

Welche Arbeit/Beruf
führen Sie aktuell aus?

Sind Sie aktuell
krankgeschrieben?

Seit wann und
durch wen?

Sind Sie berentet? Ja Nein

Seit wann?

WICHTIG !!!

Wenn Angehörige oder andere Vertrauenspersonen von Ihnen Informationen von uns über Sie erhalten dürfen oder Terminvereinbarungen, Rezepte oder ähnliches für Sie erledigen dürfen, bitten wir Sie diese Personen von der Schweigepflicht zu entbinden und hier namentlich anzugeben:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Telefon/Handy:

Beschriftungsfeld

Datum

Unterschrift Patient/in
