

# Neurozentrum Bielefeld

Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie  
Ambulant-spezialfachärztliches Versorgungszentrum für Multiple Sklerose  
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 beachten Sie bitte den Aushang in unseren Praxisräumen.

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 privaten 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 (insb. neurologisch/psychiatrischen) Erkrankungen in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

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 regelmäßig 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 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

Sonstiges

Datum

Unterschrift Patient/in