



# Praxis für Neurologie

Dr. med. Ralf F.V. Köneke

## Anamnesebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.am: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Besteht eine gesetzliche Betreuung oder  
Vorsorgevollmacht?  ja  nein

Wer ist zuständig: \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung  
anerkannt?  ja  nein

Grad der Behinderung (GdB)? \_\_\_\_\_

Wegen welcher  
Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wegen welcher Beschwerde stellen Sie sich  
bei mir vor: \_\_\_\_\_

Hatten Sie die Beschwerden früher schon?

ja, seit wann: \_\_\_\_\_

nein

Waren Sie wegen dieser Beschwerden oder  
derselben Erkrankung bereits anderswo in  
ärztlicher Behandlung?

ja wo? \_\_\_\_\_

nein

## Vorerkrankungen:

Bluthochdruck  ja  nein

Herzerkrankung  ja  nein

Schlaganfall  ja  nein  
wann (Jahr) \_\_\_\_\_

Thrombose/Embolie  ja  nein

Zuckerkrankheit  ja  nein  
seit wann: \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher/Defibrillator  ja  nein

Allergie  ja  nein  
welche? \_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeit  ja  nein  
welche? \_\_\_\_\_

Nieren-, Leberfunktionsstörung  ja  nein  
welche? \_\_\_\_\_

Bösartige Tumorerkrankungen  ja  nein

Schlafstörungen  ja  nein

Infektionserkrankungen:  ja  nein  
welche? \_\_\_\_\_

Strahlentherapie/Chemotherapie  ja  nein  
welche? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal in einer  
Neurologischen/Psychiatrischen Klinik  
behandelt?

ja  nein

Wegen welcher Erkrankung, wo und wann  
zuletzt? \_\_\_\_\_

Operationen (mit Jahresangaben):

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Trinken Sie täglich Alkohol?  ja  nein

Nehmen Sie Drogen?  ja  nein

Haben Sie Probleme bei der  
Blasenentleerung/Stuhlgang?  ja  nein  
welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  ja  nein

**Ort, Datum**

**Unterschrift Patient**