

Anamnesebogen (freiwillige Angaben)

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtstag: _____

Was führt Sie aktuell zu uns? Ggf. seit wann? Bitte stichwortartig notieren:

Wurde schon eine oder mehrere dieser neurologischen Diagnosen (der ICD-Code wird vor Diagnose dargestellt) gesichert bei Ihnen gestellt? Bitte ankreuzen, sofern zutreffend:

- A81** Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit),
 C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarks,
 F00. bis F03. Demenz, **F06.9** Hirnorganisches Syndrom, **G09.-** Folgen von Enzephalomyelitis,
 G10.- bis G13.- Systematrophien, **G20.-** Morbus Parkinson, **G35.-** Multiple Sklerose,
 G40.- Epilepsie, **G43.-** Migräne, **G50.-** Krankheiten des N. trigeminus, **G54.-** Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, **G55.-*** Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, **G60.-** Hereditäre und idiopathische Neuropathie,
 G61.- Guillain-Barré-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis, **G70.- und G71.-** Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, **G80.- bis G82.-** Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, **G83.-** Diplegie/Monoplegie, **G91.-** Hydrocephalus, **G95.-** Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks, **I60.- bis I69.-** Hirnblutung, Hirninfarkt/Schlaganfall
 M33.- Polymyositis, **M79.-** Neuralgie, **R26.-** Störungen des Ganges und der Mobilität, **R47.-** Aphasie.

Sonstige Diagnosen:

- G56.0** Karpaltunnel-Syndrom, **G56.2** Läsion des N. ulnaris, **G56.3** Läsion des N. radialis
 G62.x Polyneuropathie, Kopfschmerzen, Schwindel, Diabetes mellitus, Bluthochdruck
 Cholesterin/Lipidstoffwechsel, Tumor/Krebserkrankung, Schilddrüsenerkrankung, Leber- oder Nierenerkrankung, Vorhofflimmern und Vorhofflattern, Herzschrittmacher, Metallimplantat (z.B. Knie oder Hüft-TEP), Depression, Angsterkrankung, Panikattacken, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, Somatoforme Störungen, Syndrom der unruhigen Beine/Restless-Legs-Syndrom, Rückenschmerzen, Taubheitsgefühle, Gangunsicherheit

Hier können Sie eigene Ergänzungen einfügen:

Bitte ankreuzen, sofern zutreffend, ob die Untersuchungen durchgeführt wurden?

Kernspintomografie (MRT):

Schädel/Kopf Halswirbelsäule (HWS) Brustwirbelsäule (BWS) Lendenwirbelsäule (LWS)

Zuletzt wann? _____

Computertomografie (CT):

Schädel/Kopf Halswirbelsäule (HWS) Brustwirbelsäule (BWS) Lendenwirbelsäule (LWS)

Zuletzt wann? _____

Elektroneurographie (NLG)

Nein Ja, zuletzt in

Evozierte Potenziale (SEP, VEP, AEP)

Nein Ja, zuletzt in

Elektromyographie (EMG)

Nein Ja, zuletzt in

Elektroenzephalographie (EEG)

Nein Ja, zuletzt in

Ultraschallsonographie der Hals- u. Kopfgefäße

Nein Ja, zuletzt in

Falls zutreffend:

Nikotinkonsum Ja Nein Gelegentlich Selten Aufgehört, seit

Alkoholkonsum Ja Nein Gelegentlich Selten Aufgehört, seit

Medikamentenabhängigkeit Ja Nein Gelegentlich Selten Aufgehört, seit

Drogenkonsum Ja Nein Gelegentlich Selten Aufgehört, seit

Ggf. bitte Medikamentenplan beifügen oder alternativ Medikamente eintragen:

Siehe beigefügten Medikamentenplan - oder alternativ hierunter eintragen:

1: _____ 2: _____ 3: _____

4: _____ 5: _____ 6: _____

7: _____ 8: _____ 9: _____

Medikamentenunverträglichkeiten Nein Ja, gegen _____

Bei Frauen, sofern zutreffend: besteht aktuell eine Schwangerschaft: Ja Nein

Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit? Nein Ja, seit

Sind Sie in Behandlung bei? Krankengymnastik/Physiotherapie Logopädie Ergotherapie

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bereits Patient/in gewesen Internetseite/Google-Suche Empfehlung Sonstiges:

Datum _____

Unterschrift _____