



Patientenfragebogen für neue Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir freuen uns, dass Sie sich für eine Untersuchung und Behandlung im Neuropsychiatrischen Zentrum (NPZ) entschieden haben.

Damit wir schnell und gut für Sie arbeiten können, helfen Sie uns bitte und füllen diesen Fragebogen sorgfältig aus.

Bitte beachten Sie auch Seite 2 mit den erforderlichen Aufklärungen und Zustimmungen zu Schweigepflicht und Datenschutz.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Bei mir sind Krankheiten bei folgenden Organen/ Bereichen bekannt:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Verdauungstrakt | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenke | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekte/Niere | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Psyche | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Gelbsucht/Leber | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> _____ |

In meiner Familie (Eltern, Geschwister, eventuell Kinder) sind folgende Krankheiten aufgetreten:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? Wann?

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Messwerte bei Erst-Aufnahme

Blutdruck:

____ / ____ mmHg

Herzfrequenz:

_____ min

Gewicht:

_____ kg

Größe

_____ cm

Ich hatte folgende Operationen, Krankenhausaufenthalte, schwere Unfälle, Psychotherapie, ggf. wann und wie lange?

Weitere wichtige Informationen

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt ?

nein ja

Sind Sie anerkannt schwerbehindert ?

nein ja, GdB ____ %

Sind Sie derzeit krankgeschrieben ?

nein ja, für ____ Wochen

Nur Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

nein ja, _____ Monat