

Fragebogen Erstkontakt



Neurologische Praxis

Dr. med. univ. Markus Miller

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Grund der Vorstellung/aktuelle Beschwerden: _____

Vor- und Begleiterkrankungen: ☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Vorhofflimmern

☐ Bandscheibenschaden ☐ Krebserkrankung ☐ Schlaganfall ☐ Glaukom

sonstige: _____

Derzeit eingenommene Medikamente: _____

Allergien: _____

Raucher*in: ja / nein

Schwangerschaft: ja / nein

Neurologische Erkrankungen in der Familie: _____

Pflegegrad: _____

Schwerbehinderung: _____

Rentenantrag gestellt: ja / nein

Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben: ja / nein

Datum: _____

Unterschrift: _____