

MVZ DWC GmbH

Fachärzte für Neurologie

Lohstraße 8 • 45711 Datteln • Telefon: 02363 - 54896 • Fax: 02363 - 559367

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre gesundheitlichen Probleme unterhalten, möchten wir Sie bitten, folgende kurze Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: **Vorname:** **geb. am:**

PLZ/Ort: **Straße/Nr.:**

Telefon: **Fax:** **Mobil:**

E-Mail: **Krankenkasse:**

Sind Sie bei einer Beihilfestelle versichert? Ja Nein

Hausarzt:

Größe: Gewicht:

Haben Sie Herz- Kreislauferkrankungen? Ja Nein
(z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Angina pectoris, Schlaganfall etc.)

Haben Sie chronische Erkrankungen? Ja Nein

Sind Sie schon einmal operiert worden? Ja Nein

Haben Sie Diabetes? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit Ihren Venen / Arterien? Ja Nein
(z.B. Krampfadern, Schwellungen der Beine, Schmerzen beim Gehen, Besenreiser etc.)

Gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft neurologische Erkrankungen? Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name des Medikamentes:	morgens	mittags	abends
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Bestehen bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Ja Nein Wenn ja, welche?

Für Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja Nein

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Befunde (z.B. Arztbriefe, Berichte, Labor etc.) an andere Ärzte / Krankenhäuser weitergegeben werden dürfen. Mein Einverständnis kann ich jeder Zeit in der Praxis widerrufen.

Datum..... Unterschrift.....