

 <p><b>NEUROLOGIE PRAXIS HEIMSHEIM</b> BARBARA AUSTERSCHULTE</p>	<p><b>Patienten Anamnesebogen</b></p>		Seite 1 von 1
		Check:	Version

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail.: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Grad der Behinderung? Welchen? Ja / Nein \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja / Nein

Welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Vorerkrankungen? Welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was sind Ihre Aktuellen Beschwerden und seit wann ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden Sie diesbezüglich schon behandelt? \_\_\_\_\_

(z.B. Physiotherapie)