

Neurologische Praxis Dr. Hock Eggenfelden

Name _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Telefonnummer: _____

1. Behandelnder Hausarzt _____
Überweisender Arzt: _____

2. Infektionserkrankungen:

HIV Hepatitis B/C Borreliose FSME Polio/Kinderlähmung COVID 19

3. Waren Sie in letzter Zeit im **CT oder MRT von Kopf oder Wirbelsäule**? (Wann und wo?)

(CD mit schriftlichem Befund beim Termin mitbringen)

4. Vorerkrankungen:

<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom
<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> pAVK	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/> Zeckenstich
<input type="checkbox"/> Carotisstenose	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> Krebs _____
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<input type="checkbox"/> OP's: _____		
<input type="checkbox"/> Allergien: _____		

5. Nehmen Sie Blutverdünner ein?

ASS Marcumar Clopidogrel Iscover Xarelto Pradaxa Eliquis

6. **Medikamentenplan:** Bitte beim Termin mitbringen! Ansonsten auf der Rückseite dokumentieren!

7. Konsumieren Sie regelmäßig **Alkohol, Nikotin oder Drogen** _____

Alkohol Nikotin Drogen

8. Liegt eine **Schwangerschaft** vor? Ja Nein

9. **Unfall in der Vorgeschichte**, der mit den aktuellen Beschwerden zusammenhängt?

9. Aktuelle Beschwerden?

Datum

Unterschrift