

ANAMNESEBOGEN

ZUR VORSTELLUNG IN DER AMBULANZ DER KLINIK FÜR GERIATRIE UND NEUROGERIATRIE

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versicherung: _____

Telefonnummer: _____

Mobiltelefon: _____

Angehörige mit Telefon: _____

Hausarzt*in: _____

Neurolog*in: _____

Arztbrief wird gesandt an: _____

Sprechstunde: _____

Vorstellungsgrund: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Vorerkrankungen (mit Jahr der Diagnose): _____

Voroperationen (ggf. mit OP-Datum): _____

ALLERGIEN

Medikamente: nein ja
Kontrastmittel: nein ja

Wenn ja: Welche Medikamente? _____
Wie äußert sich die Allergie? _____
Weitere Allergien? _____
Metallimplantate: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Rechtshänder*in Linkshänder*in

Familiäre Erkrankung: _____

KARDIOVASKULÄRE RISIKOFAKTOREN

Rauchen: nein ja seit ____ Jahren ____ Zigaretten/Tag
Alkohol: nein gelegentlich selten täglich
Bluthochdruck: nein ja seit ____ Jahren
Diabetes mellitus: nein ja seit ____ Jahren insulinpflichtig: nein ja
Erhöhte Blutfette: nein ja seit ____ Jahren

AKTUELLE MEDIKATION (bitte auch Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel)

Name des Medikaments	Dosierung	Häufigkeit (z.B. morgens und abends)

IMPFUNGEN

Als Kind geimpft worden? ja nein teilweise

Windpocken: Wie oft geimpft? _____ Selbst gehabt? ja nein

Masern: Wie oft geimpft? _____ Selbst gehabt? ja nein

Röteln: Wie oft geimpft? _____ Selbst gehabt? ja nein

Covid: Wie oft geimpft? _____

Influenza: ja nein

FSME: ja nein

Pneumokokken: ja nein

Diphtherie Tetanus Pertussis Polio: wann zuletzt: _____

Weitere Impfungen: _____

ERKRANKUNGSSPEZIFISCHE MEDIKAMENTENANAMNESE

(Bitte sämtliche Medikamente für die neurologische Erkrankung eintragen.)

Name des Medikaments	Dosierung / Häufigkeit	Von Jahr / Monat	bis Jahr / Monat	ggf. Grund für das Absetzen? (z.B. Nebenwirkungen / Unwirksamkeit...)

SONSTIGES _____

Datum und Unterschrift _____