Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vorbereitung Ihrer Erstbehandlung bitten wie Sie, uns folgende Fragen zu beantworten und den Fragebogen am Empfang abzugeben.

Nachname:_____ **Vorname:**_____

Telefonnr.:_____ **Geburtsdatum:**_____

Was ist Ihr hauptsächliches Anliegen?
(Mehrfachnennung möglich)

O Kopfschmerzen behandeln
O Schwindel behandeln
O unklaren Anfall behandeln
O Angst behandeln
O Depression behandeln
O Schlafstörung behandeln
O bekannte neurologische Erkrankung weiterbehandeln
O bekannte psychiatrische Erkrankung weiterbehandeln
O Sonstiges:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
(Mehrfachnennung möglich)

O Sie wurde mir von meinem Hausarzt empfohlen.
O Ich wurde von einer anderen Praxis im Sana Gesundheitszentrum geschickt.
O Ich habe von der Praxis durch Mundpropaganda gehört.
O Sonstiges:

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?
(wenn Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin Sie eingewiesen hat, müssen Sie hier nichts eintragen)

O Ich habe keinen Hausarzt/keine Hausärztin.

Welche Medikamente nehmen Sie ein?
(wenn Sie einen Medikamentenplan dabei haben oder einen Arztbrief, in dem die aktuelle Medikation steht, müssen Sie hier nichts eintragen)

O Ich nehme keine Medikamente ein.

Welchen Pflegegrad haben Sie? O 0 O I O II O III O IV O V
Ambulanter Pflegedienst:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.