

# Anmeldebogen

## Neuro-Praxis im Medicum Walsrode

Herzlich Willkommen in der Neuro-Praxis im Medicum Walsrode!



Wir möchten Sie bitten, Ihren Vorstellungsgrund uns möglichst detailliert zu schildern. Damit können wir Ihr Anliegen besser beurteilen und zielgerichtet Termine planen. Außerdem bitten wir Sie um einige Angaben, die auf der Krankenversichertenkarte nicht enthalten sind. Alle Angaben sind freiwillig und selbstverständlich vertraulich, entsprechend der DSGVO-Datenschutz, s. Aushang in der Praxis, falls gewünscht stellen wir Ihnen eine Kopie zur Verfügung.

### Zu Ihrer Person

Nachname:	
Geburtsname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße+ Nummer:	
Postleitzahl:	
Wohnort:	
Telefonnummer: Handynummer:	
E-Mail-Adresse:	
Berufliche Tätigkeit:	
Name des Hausarztes und Adresse/ Telefonnummer:	
Name Fachärzte in Vorbehandlung (Neurologie/Psychiatrie/Nervenheilkunde) und Adresse/ Telefonnummer:	
Liegt eine Patientenvollmacht / Amtsvormundschaft vor? Name/ Adresse/ Tel.:	

**Vorstellungsgrund:**

**Vorerkrankungen:**

**Aktuelle Medikation:**

# Anmeldebogen

## Neuro-Praxis im Medicum Walsrode



Liegen bei Angehörigen neurologische Erkrankungen vor? (Gehirn, Rückenmark, Nerven, etc.?) Wenn ja, welche	
Liegen bei Angehörigen seelische/psychische Erkrankungen vor? Wenn ja, welche	
Andere besondere Erkrankungen in der Familie?	

Rauchen? Wenn ja, wieviel	
Allergien. / Medikamentenunverträglichkeiten? (Ggf. Allergiepass vorhanden)	
Herzklappenersatz? Ja, wann?	
Hirn.- Herzschrittmacher? Implantat Datum	
Shunt? Implantat Datum	
Cochlea Implantat? Implantat Datum	

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mühe**

**Ihr Neuro-Praxis Team Walsrode**

Bitte legen Sie relevante Befunde bei Abgabe des Anmeldeformulars mit bei (Labor- und radiologische Befunde, CT- und MRT-Bilder, Arzt- und Klinikberichte etc.).