



Dr. med. Clemens Veit *

Dr. med. Gernot Liebich

Dr. med. Eva Tiebel

Dr. med. Ina Link *

Fachärzte für Neurologie
(* und Psychiatrie)

Falkertstraße 46
70176 Stuttgart

Tel.: 0711 6276 9777

Fax: 0711 6276 9778

info@neurologie-stuttgart.de

Fragebogen Erstkontakt

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den Fragebogen zu Hause aus.

**Senden Sie uns den ausgefüllten Bogen bitte
bereits vor dem Untersuchungstermin zurück,
gerne per Mail (fehlenden Datenschutz beachten!),
per Fax oder per Post.**

Untersuchungstermin am: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____
Straße Hausnummer Postleitzahl Ort

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Teilnahme am Facharztvertrag der AOK oder Bosch-BKK? Ja Nein

Gesetzlich versichert Privat versichert Privat Basistarif Selbstzahler

Hausarzt: _____
Name Adresse

Überweisender Arzt: _____
Name Adresse

Beschwerden, die zum Praxisbesuch führen: _____

(bitte wenden)

Vorerkrankungen (z. B.: HIV, Hepatitis, sonstige): _____

Raucher/in? Ja Nein Allergien: _____

Derzeitige Medikamente mit Dosierung: _____

Sind Sie zur Zeit krank geschrieben? Ja Nein

Bitte beantworten Sie die zusätzlichen Fragen, falls für die Untersuchung wichtig:

Rentenantrag gestellt? Ja Nein

Antrag auf Rehabilitationsbehandlung gestellt? Ja Nein

Grad der Behinderung: _____

Schwangerschaft? Ja Nein Verhütungsmittel: _____

Weitere behandelnde Fachärzte: _____

Neurologische oder psychische Erkrankungen in der Familie: _____

Bitte bringen Sie relevante Vorbefunde oder Briefe zu stationären Behandlungen, Computertomographien oder Kernspintomographien + schriftliche Befunde von Gehirn oder Wirbelsäule, die in den letzten Jahren angefertigt wurden, zur ersten Untersuchung mit.

Ich nehme zur Kenntnis, dass vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt werden müssen, falls sie nicht eingehalten werden können. (Telefonisch, Mail (fehlenden Datenschutz beachten!), Fax, Post oder Nachricht auf dem Anrufbeantworter). Ansonsten wird eine Ausfall-Gebühr von 30 Euro berechnet.

Datum, Unterschrift: _____