NEUROZENTRUM
OFFENBACH

Neurozentrum Offenbach
Berufsausübungsgemeinschaft
Rathenaustr. 21 · 63067 Offenbach am Main
Tel. 069 817827 · Fax 069 826520
info@neurozentrum-offenbach.de

Dr. Dr. med. Anna Maria Elisabeth Sailer
PD Dr. Dr. med. Yavor Yalachkov, Dipl.-Psych.

Anmelde- und Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für die richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden wichtig sind. Die Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

> **Bitte mitbringen:** Arztbriefe / Krankenhausberichte, Befunde der Bildgebung (MRT / CT) sowie Ihren Medikamentenplan – bitte an der Anmeldung abgeben.

1 Persönliche Angaben

Name und Vorname der Patientin / des Patienten

Geburtsdatum

Größe / Gewicht

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

E-Mail-Adresse

Telefon

Mobil

Hausarzt / Hausärztin

Krankenkasse

Beruf

2 Aktuelle Medikamente

Bitte genaue Angaben machen oder den Medikamentenplan an der Anmeldung abgeben.

Name und Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

3 Vorgeschichte

Operative Eingriffe / Krankenhausaufenthalte in den letzten Jahren ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

NEUROZENTRUM
OFFENBACH

Neurozentrum Offenbach
Berufsausübungsgemeinschaft
Rathenaustr. 21 · 63067 Offenbach am Main
Tel. 069 817827 · Fax 069 826520
info@neurozentrum-offenbach.de

Dr. Dr. med. Anna Maria Elisabeth Sailer
PD Dr. Dr. med. Yavor Yalachkov, Dipl.-Psych.

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

☐ Bluthochdruck ☐ Erhöhtes Cholesterin ☐ Diabetes mellitus
☐ Vorhofflimmern ☐ Herzinsuffizienz ☐ Niereninsuffizienz
☐ Schilddrüsenüber- / -unterfunktion

☐ pAVK – Operation: _____

☐ Tumorerkrankung: _____

☐ Psychische Erkrankungen: _____

☐ KHK / Herzinfarkt – wenn ja, wann? _____

Relevante Erkrankungen in der Familie ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

4 Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viel pro Tag / Woche? _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein

5 Aktuelle Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie, und seit wann bestehen diese?

6 Kontakt und Einverständnis

Ich bin mit der Hinterlegung meiner Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse) im Praxisprogramm zum Zwecke der Kommunikation einverstanden (Terminerinnerung, Zusendung von Befunden wie z. B. Labor). ☐ Ja ☐ Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Hausarzt ☐ Facharzt ☐ Internet ☐ Telefonbuch

☐ Empfehlung von: _____

Ort, Datum

Unterschrift