



## Liebe Patientin! Lieber Patient!

Um Ihnen und uns die Arbeit zu erleichtern und den Besuch in unserer Praxis möglichst effizient zu gestalten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Name Vorname

---

Geburtsdatum

---

überwiesen durch

---

Hausarzt/Hausärztin

---

---

Bitte listen Sie alle Medikamente auf (inkl. Tropfen und Pflaster), die Sie **momentan** einnehmen

Name des Medikaments und Wirkstärke	morgens	mittags	abends	nachts

Wichtige frühere Erkrankungen und Unfälle

---

---

---

Wichtige aktuelle Erkrankungen

---

---

---

---

---

Beschwerden / Anlass der Vorstellung in der neurologischen Praxis

---

---

---

---

---