

Hauptstr. 68 ● 45549 Sprockhövel ● Fax: 02324 – 91730299
www.neurologie-sprockhoevel.de

Anamnesebogen

Name: _____ **Geb. am:** _____

Tel. Nr.: _____ **E-Mail:** _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____ **Hausarzt:** _____

Grösse: _____ **Gewicht:** _____

Welcher Arzt hat Sie überwiesen? _____

Welche Beschwerden haben Sie aktuell? (Bitte in Stichpunkten)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? **Nein** ☐ **Ja** ☐

Wenn Ja:

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien? **Nein** ☐ **Ja** ☐

Wenn Ja, folgende:

Sprockhövel, den _____

(Unterschrift)