

Dr. med. Karsten Wiese

Ellernstraße 1
31832 Springe
Telefon 05041 15 11
Telefax 05041 63844
info@wiese-np.de
www.wiese-np.de

Leistungen:
EEG
EMG/NLG
Evozierte Potentiale
Dopplersonografie
Lichttherapie

Liebe Patientin, lieber Patient, Sie sind heute das erste Mal in meiner Praxis, deshalb möchte ich Sie bitten einige Fragen zu beantworten.

Name: _____ Vorname: _____ geboren: _____

Telefonnummer: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ Kg

Familienstand: _____ Kinder: _____ Beruf: _____

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden? _____

Wie lange bestehen die Beschwerden bereits? _____

Haben Sie schwerwiegende Vorerkrankungen? Wenn ja welche? _____

Hatten Sie schwere Operationen, insbesondere am Kopf oder der Wirbelsäule? Wenn ja, wann:

Leiden Sie an hohem Blutdruck? Ja ___ Nein ___

Leiden Sie an Diabetes? Ja ___ Nein ___ HbA1c-Wert: _____

Rauchen Sie? Ja ___ Nein ___, wenn ja wieviele Zigaretten/Tag _____

Trinken Sie Alkohol? Täglich ___, gelegentlich ___, selten ___, nie ___

Schlafen Sie gut? Ja ___ Nein ___

Wie ist Ihre Stimmung? Ausgeglichen ___, traurig ___, überschwänglich ___

Nehmen Sie Medikamenten ein? Wenn ja welche? _____

Haben Sie Allergien? _____

Gibt es in der Familie schwere Erkrankungen? _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Die im Wartezimmer ausliegende Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Springe, den ____, ____, 20

Unterschrift