



Neurologische  
**Privatpraxis Düsseldorf**

---

## ERSTTERMIN

---

Was Sie zum ersten Termin mitbringen sollten!



- **Gültige Versicherungskarte**
- **Personalausweis/Reisepass bei Selbstzahlern**
- **Eine Aufstellung Ihrer Medikamente**  
(einschließlich Tropfen, Pflastern und frei verkäuflichen Mitteln)
- **Aktuelle Röntgen-, CT- oder MRT-Bilder**
- **Aktuelle Labordaten (z.B. vom Hausarzt)**
- **Wichtige Untersuchungsbefunde und Entlassungsberichte aus Krankenhäusern**
- **Gfs. Schmerzfragebogen, RLS-Fragebogen**
- **(Lese-)Brille und Hörgeräte**

Gerne sichten wir auch Ihre Unterlagen und suchen uns die für uns relevanten Unterlagen heraus. Das erspart Ihnen und uns Zeit und ermöglicht eine zeitnahe und objektive neurologische Einordnung.

Sie können darüber hinaus uns die Arbeit sehr erleichtern, wenn Sie den folgenden Fragebogen ausgefüllt zum ersten Termin mitbringen >



Neurologische  
**Privatpraxis Düsseldorf**

---

## PATIENTEN AUFNAHMEBOGEN

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen heute zum ersten Mal zur Behandlung in meine Praxis.  
Um Ihren Daten vollständig und korrekt aufzunehmen und den Besuch möglichst effizient zu gestalten, bitte ich Sie, diese Seiten auszufüllen und zu unterschreiben.

Vielen Dank.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer (falls abweichend)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_  Basistarif

Beihilfe \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

überwiesen durch \_\_\_\_\_

Hausarzt\*innen \_\_\_\_\_

Bericht erwünscht  nein  ja > an \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass ich per eMail Informationen aus der Praxis übermittelt bekomme.

ja  nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



Neurologische  
**Privatpraxis Düsseldorf**

---

## PATIENTEN AUFNAHMEBOGEN

---

Bitte listen Sie alle Medikamente auf, die Sie momentan einnehmen und erwähnen Sie bitte auch alle Pflaster, Tropfen und frei verkäuflichen Mittel.

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Alternativ können Sie eine Liste z.B. von Ihrem Hausarzt/Hausärztin mitbringen.

**Frühere Erkrankungen/Operationen oder Unfälle:**

**Wichtige aktuelle Erkrankungen oder Beschwerden:**

**Anlass der Vorstellung in der neurologischen Praxis:**

*Vielen Dank!*