



## Fragebogen Erstkontakt

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den Fragebogen zu Hause aus.

**Senden Sie uns den ausgefüllten Bogen bitte  
bereits vor dem Untersuchungstermin zurück,  
gerne per Mail (fehlenden Datenschutz beachten!),  
per Fax oder per Post.**

**Dr. med. Clemens Veit \***

**Dr. med. Gernot Liebich**

**Dr. med. Eva Tiebel**

**Dr. med. Ina Link \***

Fachärzte für Neurologie  
(\* und Psychiatrie)

Falkertstraße 46  
70176 Stuttgart

Tel.: 0711 6276 9777

Fax: 0711 6276 9778

info@neurologie-stuttgart.de

Untersuchungstermin am: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Teilnahme am Facharztvertrag der AOK oder Bosch-BKK? Ja  Nein

Gesetzlich versichert  Privat versichert  Selbstzahler

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Beschwerden, die zum Praxisbesuch führen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(bitte wenden)

Wichtige Vorerkrankungen/Allergien/Raucher?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Derzeitige Medikamente mit Dosierung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit krank geschrieben? Ja  Nein

**Bitte beantworten Sie die zusätzlichen Fragen, falls für die Untersuchung wichtig:**

Rentenantrag gestellt? Ja  Nein

Antrag auf Rehabilitationsbehandlung gestellt? Ja  Nein

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft? Ja  Nein  Verhütungsmittel: \_\_\_\_\_

Weitere behandelnde Fachärzte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Neurologische oder psychische Erkrankungen in der Familie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie relevante Vorbefunde oder Briefe zu stationären Behandlungen, Computertomographien oder Kernspintomographien + schriftliche Befunde von Gehirn oder Wirbelsäule, die in den letzten Jahren angefertigt wurden, zur ersten Untersuchung mit.**

**Ich nehme zur Kenntnis, dass vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt werden müssen, falls sie nicht eingehalten werden können. Ansonsten wird eine Ausfall-Gebühr von 30 Euro berechnet.**

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_