

**Praxisgemeinschaft Evangelisches
Krankenhaus Oldenburg & Medizinisches
Versorgungszentrum Oldenburg GbR**
Auguststraße 7
26121 Oldenburg

Neuroimmunologische Ambulanz
Dr. Sigrid Reuter
Dr. Ulrike Stegelmeyer

Neuromuskuläre Ambulanz
Dr. Claudia Maurer

Patientenfragebogen

Name _____ Vorname _____

Geb _____ Versicherung: _____

Adresse: _____

Telefonnummer (gerne mobil) _____

Hauptdiagnose: _____

Was ist der Grund Ihrer Vorstellung in der unserer Ambulanz?

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden (inkl. möglicher alltagsrelevanter Einschränkungen)

Wann hatten Sie die ersten Beschwerden und welcher Art waren diese?

Vorerkrankungen/ Begleiterkrankungen

Sind bei Ihnen andere Erkrankungen, insbesondere Autoimmunerkrankungen bekannt?

(zB. Schilddrüse, Augen, Haut, Darm)

Aktueller Medikamentenplan (inkl. Dosierung, gerne auch als Anlage)

Welche Medikamente wurden bisher gegeben? Warum wurden sie abgesetzt?

Beruf (Arbeitstätigkeit ja/ nein), evtl. Behinderungsgrad

Besteht Kinderwunsch? ja ☐ nein ☐

Gibt es in Ihrer Familie dieselbe Erkrankung? O Ja O Nein Wer? _____

Wann war Ihr letztes MRT? _____ Wo? _____ (bitte mitbringen)

MRT-Tauglichkeit: Herzschrittmacher ja ☐ nein ☐

Metallteile im Körper ja ☐ nein ☐

Platzangst ja ☐ nein ☐