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 ◯