



Name:

Vorname:..... Geb.-Datum:.....

Anamnesebogen Kopf:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Untersuchung Ihres Kopfes überwiesen.
Zur optimalen Planung der Untersuchung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Welche Beschwerden machen die Untersuchung erforderlich? (Stichpunkte)

.....
.....

In welchem Bereich des Kopfes sind die Beschwerden am stärksten (vorne/oben/hinten/seitlich/ hinter den Augen...)

.....

Bei welcher Bewegung / Tätigkeit / Tageszeit treten die Beschwerden hauptsächlich auf?
(oder ständig?)

.....

Seit wann haben Sie Beschwerden? Tage Wochen Monate Jahre

Ist bei Ihnen eine Migräne bekannt? Ja O Nein O

Ist bei Ihnen eine entzündliche Erkrankung des Gehirns oder
Zentralen Nervensystems bekannt (z.B. MS oder Borreliose)? Ja O Nein O

Leiden Sie unter Bluthochdruck? Ja O Nein O

Haben Sie MRT- oder CT-Voraufnahmen dabei? Ja O Nein O

Hatten Sie **aktuell** einen Unfall oder eine Verletzung? Ja O Nein O

Wann und wie ist der Unfall passiert?

.....

Traten bereits einmal neurologische Ausfallerscheinungen auf
(z.B. Sehstörungen, Riechstörungen, Schwindel, Lähmungen.....)? Ja O Nein O

Besteht oder bestand ein Tumorleiden/Krebserkrankung? Ja O Nein O

Wenn ja, welcher Art?

Sind Sie bereits am Kopf operiert worden? Ja O Nein O

Wenn ja, wann und weshalb?.....

.....

Ist bereits einmal eine Strahlentherapie im Kopfbereich durchgeführt
worden? Ja O Nein O