

**Fachärzte für Neurochirurgie**

**Dr. med. A. Afsah**  
**M.-J. Melzer**  
**G. Roukas** (angestellter Arzt)

- Wirbelsäulenerkrankungen
- ISG-Arthropathien
- Chirurgie peripherer Nerven
- Schmerztherapie
- minimalinvasive Operationen

**AUFNAHMEBOGEN**

**Personalien**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtstag: \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_  
 Letzter Beruf: \_\_\_\_\_ bei Rent: früherer Beruf: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt: \_\_\_\_\_ Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

**Woher kennen Sie uns?**     Hausarzt     Bekannte / Freunde     Internet     andere

**Zusatzversicherung**

Besteht eine Zusatzversicherung für eine stationäre Behandlung?     ja     nein  
 Wenn „Ja“, dann:     1-Bett     2-Bett     Chefarztbehandlung?     ja     nein

**Vorerkrankungen**

Diabetes mellitus     übertragbare Erkrankungen (z.B. Hepatitis)     hoher Blutdruck  
 Herz / Kreislauf     Gefäßerkrankung (Hirn, Beine)     Allergien, welche? \_\_\_\_\_  
 andere Erkrankungen (z. B. Magengeschwür)? \_\_\_\_\_

**Medikamente**

Blutverdünnende Mittel (ASS / Marcumar / Plavix)?    Metformin:  ja     nein  
 andere Medikamente: \_\_\_\_\_

**Operationen**

nein     ja (was, wann und wo?)

**Arbeitsunfähigkeit**

Waren Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden krank geschrieben?  
 ja, seit wann? \_\_\_\_\_     nein    Krankengeld bezogen?     ja     nein

**Bisherige Therapie**

Welche Therapieformen (Schmerztherapie / Krankengymnastik / stationäre Behandlung) haben Sie bisher wegen der aktuellen Beschwerden durchgeführt?

Therapieform?	Besserung?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Wo sind Ihre Schmerzen?**

