AllGEmeine Anamnese (A1)

Bei Problemen mit dem Ausfüllen wenden Sie sich bitte an die studienbegleitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vp-ID:** |  | **Datum**: |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nervensystem**  (Schlaganfall, Lähmungen, Epilepsie)    Fotosensitive Migräne  Fotosensitive Epilepsie | □ ja □ nein  □ ja □ nein |
| **Augen**  Sehstörung/-einschränkung  Wenn „ja“, welche:  Sehhilfe  Doppelbilder  Lichtempfindlichkeit/-scheuheit  Aktuelle Entzündung/Verletzung  Vermehrtes Augentränen  Glaukom (grüner Star)  Katarakt (grauer Star)  Weiteres:  **Psychotrophe Substanzen**  Drogen  **Anderes**  < 5 Stunden Schlaf in der letzten Nacht | □ ja □ nein  □ ja □ nein  □ ja □ nein  □ ja □ nein  □ ja □ nein  □ ja □ nein  □ ja □ nein  □ ja □ nein  □ ja □ nein  □ ja □ nein  □ ja □ nein |

Bei Problemen mit dem Ausfüllen wenden Sie sich bitte an die studienbegleitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!