

ALLGEMEINE ANAMNESE (A1)

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

VP-Nummer			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> andere	Datum:	

Nervensystem

- | | |
|---|--|
| Bewusstseinsstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Krampfanfälle (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schwindel/Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Seerkrankheit/“Bewegungsübelkeit“ z.B. beim Autofahren | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kopfschmerz <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> nein |
| Migräne <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> nein |
| Tremor (Zittern) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gedächtnisprobleme | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sprach- oder Sprechbeschwerden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Verhaltensstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Halluzinationen/Wahnvorstellungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Weiteres:
Wenn „ja“, welche: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Psychopharmaka
Wenn „ja“, welche: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Augen

- | | |
|--|---|
| Sehstörung
Wenn „ja“, welche: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Seheinschränkung
Wenn „ja“, welche: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Art der Sehhilfe | |
| Stärke der Sehhilfe | |

Doppelbilder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lichtempfindlichkeit/-scheuheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weiteres: Wenn „ja“, welche:		
Bewegungsapparat		
Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn „ja“, welche:		
Schwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Steifigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rückenprobleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weiteres (auch Verlust von Körperteilen):		

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