

# Fragebogen für Neupatienten

**bitte in Druckbuchstaben deutlich lesbar ausfüllen**

Name/Vorname		geb. am	PLZ/Ort
Tel./evtl. Mobil	Email-Adresse		Straße/Hausnummer

ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	verwitwet <input type="checkbox"/>	geschieden <input type="checkbox"/>	getr. lebend <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

Gewicht	Größe	regelm. Alkoholkonsum ja / nein	Nikotinkonsum ja / nein	wie viel _____
---------	-------	---------------------------------	-------------------------	----------------

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

<input type="checkbox"/> Internet	
<input type="checkbox"/> Empfehlung durch	<input type="checkbox"/> Freunde
	<input type="checkbox"/> Kollegen
	<input type="checkbox"/> Psychologen
	<input type="checkbox"/> Andere

### Vorerkrankungen

Klinisch bedeutsame, nicht mehr bestehende Erkrankungen und medizinische Ereignisse

Listen Sie bitte nachfolgend chronologisch nach Jahr geordnet Ihre bisherigen Krankheiten, Unfälle und Operationen auf:

Jahr	

### Herzerkrankungen/Schilddrüsenerkrankungen/Augenerkrankung:

Bei Ihnen:	Ursprungsfamilie/Verwandte:
------------	-----------------------------

### Psychiatrische Erkrankungen:

Bei Ihnen:	Ursprungsfamilie/Verwandte:
------------	-----------------------------

### ADHS-Familiengeschichte

(Auftreten von ADHS bei z.B. Kindern, Geschwistern, Eltern, Großeltern, Onkel, Tante ect.)

.....

.....

### Derzeitiger Beruf, Arbeitgeber:

.....

### Schulische und berufliche Entwicklung:

Schule	von / bis	Schule	von / bis
Grundschule		Fachhochschule	

Haupt-/ Real-/Gesamtschule		lfd. Hochschulausbildung, bisher ohne Abschluss	
Gymnasium / FOS		lfd. Weiterb. nach Hochschule Abschluss	
Berufsschule		Universitätsabschluss	

### Angaben zur Person

Bitte geben Sie – ähnlich einem Bewerbungsschreiben – Ihren bisherigen beruflichen Lebenslauf an (Arbeitsverhältnisse, Weiterbildung, Umschulung etc.)

Jahr von / bis	

### Frühere Psychotherapien

Name und Ort des Therapeuten	Von	bis

Wurde AD(H)S bereits in der Kindheit diagnostiziert?

ja  nein

Existiert ein Arztbrief aus dieser Zeit

ja  nein

### Jede bisherige medikamentöse und nichtmedikamentöse ADHS-Therapie

Name	D o s i s / Einheit	Startdatum	Enddatum

### Sonstige Medikation:

Bitte tragen Sie sämtliche Medikamente ein, die Sie einnehmen, einschl. rezeptfrei erhältlicher Medikamente (wie z. B. Johanniskraut oder Ginkgo biloba). Bitte dokumentieren Sie auch nicht medikamentöse Therapien (z.B. Psychotherapien, Ergotherapie).

Handelsname (wenn möglich), Häufigkeit, Verabreichungsform, Datum Beginn/Ende

.....  
.....

Ergotherapie  ja  nein

Schwangerschaft  ja  nein  nicht bekannt

Testdiagnostik AD(H)S bereits durchgeführt  ja  nein

wenn ja, wo? .....

Ein Arztbrief soll per Fax versandt werden an Dr. \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

- **Ein Arztbrief soll nicht geschickt werden**

---

Unterschrift des Patienten