

Klaudia Switkowska

Fachärztin für Neurologie
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Im Ort 4 — Paracelsushaus
Am Busbahnhof
D - 44575 Castrop-Rauxel

Telefon: +49 2305 4 20 38
Telefax: +49 2305 2 25 89

E-Mail: praxisswitkowska@tutanota.de

Den Fragebogen bitte bereits **vollständig ausgefüllt** zur Begutachtung mitbringen.

Fragebogen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.)

Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Gesundheit

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort/-land: _____

In welchem Ort haben Sie in ihrer Kindheit/Jugend gelebt? _____

Staatsangehörigkeit Deutsch? ja nein

Wenn nein, welche? _____ Seit wann in Deutschland? _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Sie sind Rechtshänder oder Linkshänder?

**Sind sie zurzeit krankgeschrieben? Besteht Arbeitsunfähigkeit?
(Wenn ja, seit wann und durch wen bescheinigt?)**

nein ja _____

Vegetative Vorgeschichte:

Wasserlassen:	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> gestört	Welche Störung?	_____
Stuhlgang:	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> gestört		_____
Appetit:	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> gestört		_____
Nikotin:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wieviel?	_____
Alkohol:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wieviel?	_____
Drogen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?	_____

Angaben zu Vorerkrankungen, wenn möglich seit wann: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	<u>seit wann?</u>			
		↓		
Diabetes mellitus	nein	ja _____	Insulin/Medik.:	nein ja _____
Bluthochdruck	nein	ja _____	Medikament:	nein ja _____
Epilepsie	nein	ja _____	Häufigkeit:	_____
Herzerkrankung	nein	ja _____	Welcher Art?	_____
Lungenerkrankung	nein	ja _____	Welcher Art?	_____
Nierenerkrankung	nein	ja _____	Welcher Art?	_____
Magen-/Darmerkr.	nein	ja _____	Welcher Art?	_____
Sonst. Erkrankung	nein	ja _____	Welcher Art?	_____
Kopf	nein	ja _____	Welcher Art?	_____
Wirbelsäule	nein	ja _____	Welcher Art?	_____
Bandscheiben	nein	ja _____	Welcher Art?	_____
Gelenke	nein	ja _____	Welcher Art?	_____
Sehen	ungestört		Brille:	nein ja _____
Riechen	ungestört		beeinträchtigt	_____
Schmecken	ungestört		beeinträchtigt	_____
Hören	ungestört		beeinträchtigt	_____
Schlafstörungen	nein	ja _____	Welcher Art?	_____
Kopfschmerzen	nein	ja _____	Welcher Art?	_____
Allergien	nein	ja _____	Welche?	_____
Kinderkrankheiten:	Welche? _____			

Beziehen Sie eine Rente? Wenn ja, seit wann und von wem bescheinigt?

nein ja _____

Haben sie einen der folgenden Anträge gestellt? (Wenn Ja, wann und bei wem?)

Rentenanspruch _____

Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen _____

Falls Sie einen Rentenantrag gestellt haben, auf wessen Veranlassung/Empfehlung hin geschah das?

Haben Sie Unfälle erlitten? Wenn ja, wann und welcher Art (Berufs-/Freizeitunfall)?

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden? Wenn ja, wann und welcher Art?

Bisherige Kurmaßnahmen in zeitlicher Abfolge: (Wann? In welcher Einrichtung?)

Derzeitige Behandlung:

(Medikamente (mit Namen und Dosierung) oder sonstige Therapien, wie Massagen etc.)

Derzeit behandelnde Ärzte (Hausarzt, Facharzt), wenn möglich mit Adresse:

Familienvorgeschichte: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Vater: Gesund/krank im Alter von _____ Welche Krankheit? _____

Verstorben im Alter von _____ Todesursache? _____

Mutter: Gesund/krank im Alter von _____ Welche Krankheit? _____

Verstorben im Alter von _____ Todesursache? _____

Geschwister: insgesamt _____ (davon _____ Brüder / _____ Schwestern)

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet in Partnerschaft

Seit wann? _____

Haben Sie Kinder? nein ja, _____ insgesamt

davon ___x Sohn, geboren im Jahr _____

davon ___x Tochter, geboren im Jahr _____

Sind Krankheiten in der Familie bekannt? Wenn ja, welche und welches Familienmitglied?

Schulbildung: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Einschulung in welchem Alter? Mit _____ Jahren

Weiterführende Schule? Hauptschule Realschule Gymnasium

Gesamtschule Förderschule _____

Beendet mit Abschluss? nein ja, mit welchem?

Ausbildung nein ja mit Abschluss: nein ja

Berufsbezeichnung: _____

Studium: nein ja mit Abschluss: nein ja

Studiengang: _____

Weitere Bemerkungen:

Bisherige Beschäftigungszeiten mit Berufsangabe, Umschulung, Weiterbildung, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Zeiten ohne Beschäftigung – evtl. mit Lebenslauf:

(Won wann bis wann, in welcher Funktion (Meister, Geselle, Gehilfe etc.), bitte alles angeben)
(Falls der Platz nicht ausreicht, bitte ein Zusatzblatt verwenden.)

Letzte berufliche Tätigkeit? Als was? _____

Wann? _____ Wo? _____

Arbeitsmedizinische Fragen zur jetzigen oder letzten Tätigkeit:

(Bitte die zutreffenden Aussagen ankreuzen. Beispiel: Schichtarbeit)

Arbeitszeit: _____ Gesamtstundenzahl pro Woche

Schichtarbeit / Akkordarbeit / gleichbleibende Arbeitszeit

Überwiegend im Freien / überwiegend in geschlossenen Räumen

Überwiegend stehend / überwiegend gehend / überwiegend sitzend

Heben schwerer Lasten / Arbeiten an Maschinen

Viel Lärm / viel Hitze / viel schlechte Luft und ungesunde Dämpfe

Ständig hohe Anforderungen an die Konzentration / viel Verantwortung / viel Hektik

Häufig Fahrten.... mit dem Pkw / mit dem Lkw / mit anderen Fahrzeugen

Weitere Besonderheiten der Tätigkeit:

Angaben zu Ihren jetzigen Beschwerden:

(Bitte ausführliche Angaben machen. Falls der Platz nicht ausreicht, bitte ein Zusatzblatt verwenden.)

Lieblingsbeschäftigung in der Freizeit:

Hatten Sie Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens?

nein ja, von wem? _____

Angaben zur Anreise zu der Begutachtung:

allein in Begleitung von? _____

mit dem Pkw Bus Taxi Zug _____

Vielen Dank für Ihre Angaben und für Ihre Mithilfe.

Ort / Datum

Unterschrift