



Name: **Vorname:**..... **Geb.-Datum:**.....

Anamnesebogen Kopf:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Kernspintomographie/Computertomographie Ihres Kopfes überwiesen.
Zur optimalen Planung der Untersuchung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Welche Beschwerden machen die Untersuchung erforderlich? (Stichpunkte)

.....
.....

In welchem Bereich des Kopfes sind die Beschwerden am stärksten (vorne/oben/hinten/ seitlich / hinter den Augen....)?

.....
.....

Bei welcher Bewegung / Tätigkeit / zu welcher Tageszeit treten die Beschwerden hauptsächlich auf? (oder ständig?)

.....
.....

Seit wann haben Sie Schmerzen? Tage Wochen Monate Jahre

Ist bei Ihnen eine Migräne bekannt? Nein Ja

Leiden Sie unter Bluthochdruck? Nein Ja

Traten bereits einmal neurologische Ausfallerscheinungen auf (z.B. Sehstörungen, Riechstörungen, Schwindel, Lähmungen...)? Nein Ja

.....

Ist bei Ihnen eine Entzündung bekannt (z.B. MS oder Borreliose)? Nein Ja

Hatten Sie einen Unfall oder eine Verletzung? Nein Ja

Wann?

Besteht ein Tumorleiden? Nein Ja

Welcher Art?

Sind Sie bereits am Kopf operiert worden? Nein Ja

Wann und wo?Voraufnahmen?

Ist bei Ihnen schon einmal eine Strahlentherapie durchgeführt worden? Nein Ja