

## Allgemeine Angaben

**Angaben zur Person**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vornamen: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Betreuender Hausarzt bzw. Nervenarzt**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vornamen: \_\_\_\_\_

ggfs. Klinik: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kinder?**
 Ja  
 Nein

Falls JA:

Nachname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vornamen: \_\_\_\_\_

Vornamen: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Machen Sie bitte ggfs. Angaben zu weiteren Kindern auf einem gesondertem Blatt

**Hatten Sie bzw. Ihre Partnerin Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?**
 Ja  
 Nein

Falls Ja, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. wie viele Fehlgeburten /Abbrüche, in der wievielten Schwangerschaftswoche, Ursache für Abbruch [Auffälligkeiten beim Feten? ]):

---



---



---



---

Machen Sie bitte ggfs. Angaben zu weiteren Fehlgeburten/ Abbrüchen auf einem gesondertem Blatt. Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website [www.cegat.de/consultation](http://www.cegat.de/consultation)

## Familiengeschichte / Stammbaum

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihre Familie über drei Generationen, umfasst also ggfs. Kinder von Ihnen, Ihre eigenen Geschwister und deren Kinder sowie Ihre Eltern, deren Geschwister und Nachkommen und umfasst auch bereits verstorbene Angehörige.

<p><b>Liegen in Ihrer Familie gesundheitliche Probleme oder Vorerkrankungen vor?</b></p> <p>(z.B. Behinderungen, Fehlbildungen, Epilepsie, Gehprobleme, neurologische/ muskuläre Auffälligkeiten, psychische Erkrankung, Herz-/Kreislaufkrankung, Krebserkrankung, Zuckererkrankung, Hör- bzw. Sehprobleme)</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. bei wem, in welchem Alter an was erkrankt; falls verstorben, in welchem Alter und an was):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Machen Sie ggfs. bitte Angaben zu weiteren Familienangehörigen auf einem gesondertem Blatt

<p><b>Ist bei anderen in Ihrer Familie eine vergleichbare Erkrankung bzw. vergleichbare Symptome aufgetreten wie bei Ihnen?</b></p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. bei wem [genaues Verwandtschaftsverhältnis angeben], in welchem Alter, welche Symptome; falls verstorben: in welchem Alter und an was):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Machen Sie ggfs. bitte Angaben zu weiteren Familienangehörigen auf einem gesondertem Blatt

## Krankengeschichte

### Welche Art von Erkrankung bzw. Beschwerden liegt bei Ihnen vor??

Bitte machen Sie hier Angaben so genau wie möglich zu Ihren Symptome und Auffälligkeiten (z.B. in welchem Alter traten erste Symptome auf, änderte sich etwas an der intensität/Ausprägung, welche Beschwerden bzw. Auffälligkeiten traten dann in welchem Alter auf):

---

---

---

### Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt?

(z.B. Operation, Strahlentherapie, Physiotherapie, Medikamente, Psychotherapie):

---

---

---

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website [www.cegat.de/consultation](http://www.cegat.de/consultation)

### Liegen bei Ihnen weitere gesundheitliche Probleme oder Vorerkrankungen vor?

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. Fehlbildungen, Epilepsie, Gehprobleme, neurologische/ muskuläre Auffälligkeiten, psychische Erkrankung, Herz-/ Kreislauferkrankung, Leber-/ Nierenerkrankungen, Krebserkrankungen, Zuckererkrankung, Schilddrüsenprobleme, Operationen, Gerinnungsstörungen, Hör- bzw. Sehprobleme) einschließlich gegebenenfalls Behandlungen/ Therapien/ stationäre Aufenthalte:

---

---

---

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website [www.cegat.de/consultation](http://www.cegat.de/consultation)

### Konsumieren/ konsumierten Sie Alkohol, Nikotin oder Drogen?

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. welche Substanz, ab wann und und wie lange):

---

---

### Bitte machen Sie Angaben zu Ihren aktuellen Körpermaßen

Körperlänge: \_\_\_\_\_ gemessen am: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ gewogen am: \_\_\_\_\_

Kopfumfang: \_\_\_\_\_ gemessen am: \_\_\_\_\_

