

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und bringen ihn zu Ihrem Untersuchungstermin mit

VIELEN DANK!

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____ Größe: _____

Gewicht: _____ Familienstand: _____ Geschlecht und Alter der Kinder: _____

Schulart:	von:	bis:

Schulabschluss: ☐ keinen ☐ Realschule
 ☐ Sonderschule ☐ Abitur
 ☐ Volksschule/Hauptschule

Ausbildung(en)/Umschulung(en):	von:	bis:

Berufsabschluss(-schlüsse) als: _____

Berufliche Tätigkeiten:	von:	bis:

(Bitte auch Arbeitslosenzeiten bzw. Unterbrechungen wie Erziehungszeit angeben!!!!)

Jetzige/letzte Tätigkeit: _____ seit wann? _____ ☐ bis heute ☐ bis _____

Umfang dieser Tätigkeit: ☐ vollschichtig ☐ halbschichtig ☐ ____ Stunden

**Renten-
bezug?** ☐ ja, von _____ bis _____
 ☐ nein

**Besteht
Arbeitsunfähigkeit?** ☐ ja, seit _____
 ☐ nein

Wurden Reha-Maßnahmen beantragt?
 ☐ ja, am _____

bitte 2. Seite beachten ->

Bisher durchgeführte Reha-Maßnahmen:

Wo?	von:	bis:

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung anerkannt? ☐ ja, GdB _____ % ☐ nein
für folgende Erkrankungen: _____

Behandelnde Ärzte und deren Fachrichtung:

Name und Adresse des Arztes	Für welche Erkrankung?

Derzeitige Medikation: WICHTIG: bitte alle Medikamente mit Dosierung aufschreiben!

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Bekannte Vorerkrankungen (bitte alle Erkrankungen und Operationen angeben mit Jahreszahl):

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Familiäre Erkrankungen (allgemein und psychiatrisch/neurologisch):

Sind Sie verheiratet? 1. Ehe seit: _____ bis: _____ Hinweis zur Guta

2. Ehe seit: _____ bis: _____

3. Ehe seit: _____ bis: _____

Geschwister:

Vorname	Geb.-Datum	Erkrankungen	Verstorben (Jahr)

Eltern:

	Geb.-Datum	Gelernter Beruf	Tätigkeit als	Erkrankungen	Verstorben (Jahr)
Vater					
Mutter					

Sind Ihre Eltern: ☐ getrennt ☐ geschieden? Seit wann? _____

Haben Sie a) Pflegeeltern? ☐ b) Adoptiveltern? ☐ c) Stiefeltern? ☐

Hinweise zur Gutachtenerstellung

Wir weisen darauf hin, dass die Anwesenheit einer dritten Person (Bekannte, Verwandte, Ehepartner, etc.) während der Gutachtenerstellung nicht den Gepflogenheiten entspricht, damit das Ergebnis der Begutachtung dadurch nicht beeinflusst werden kann und damit die Verwertbarkeit des Gutachtens gesichert ist.

Wir bitten Sie daher, falls Sie Schwierigkeiten haben, sich selbstständig in deutscher Sprache zu verständigen, sich nach Erhalt unseres Einladungsschreibens telefonisch in unserer Praxis zu melden und dies mitzuteilen, damit die von hier aus ein staatlich anerkannter Dolmetscher beim Gutachtenauftraggeber beantragt werden kann und zum Untersuchungstermin eingeladen werden kann. Wir weisen darauf hin, dass ansonsten die Gutachtenuntersuchung unter diesen Umständen nicht stattfinden und es zu erheblichen Zeitverzögerungen kommen kann.

Darüber hinaus betonen wir ausdrücklich, dass von der gutachterlichen Untersuchung keine Ton- oder Bildaufnahmen gemacht werden dürfen. Wenn Kenntnis darüber gewonnen wird, dass Aufnahmen irgendeiner Art gemacht wurden, kann das Gutachten nicht verwertet werden und die bis dahin angefallenen Kosten werden der untersuchten Person in Rechnung gestellt.

Mit dem Ausfüllen des Fragebogens zeigen Sie sich mit den o.g. Hinweisen einverstanden.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!



Zentrum für
Neurologie und Seelische Gesundheit

im Jakobsviertel

ZNS im Jakobsviertel

Jakobstraße 168-172

52064 Aachen

Tel.: +49 (0) 241-55 70 27-0

Fax: +49 (0) 241-55 70 27-10

Web: <https://www.zns-ac.de>

Mail: info@zns-ac.de