

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

Sie stellen sich oder Ihr Kind heute aufgrund von **unwillkürlichen Bewegungen** oder **Lautäußerungen** in meiner neurologischen Praxis vor.

Mein Ziel ist es, Ihnen rasch und kompetent zu helfen. Vor der Therapie steht jedoch die Diagnosefindung.

Sie können mich dabei entscheidend unterstützen, wenn Sie die Zeit des Wartens nutzen und mir folgende Fragen zu Ihrer aktuellen Krankheit sowie früheren Erkrankungen beantworten könnten.

NAME, GEBURTSDATUM	
FAMILIENSTAND	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet; <input type="radio"/> Kinder:
BERUF	

AKTUELLE BESCHWERDEN

Seit wann bestehen diese Beschwerden:

Beschreiben Sie Art, Häufigkeit, Intensität und Verteilung der unwillkürlichen Bewegungen.

Haben Sie auch Lautäußerungen bemerkt/ unwillkürliche Äußerungen von Schimpfworten?

Gibt es einen Zusammenhang zu bestimmten Situationen / Stress?

Seit wann bestehen diese Beschwerden, in welchem Alter traten diese auf?
Kürzer/ länger als 1 Jahr?

Können Sie etwas tun, um die Tics zu unterbrechen? Pausieren die Tics im Schlaf?

Gibt es Familienangehörige, die ebenfalls unter Tics leiden?

Was wurde bereits an Vordiagnostik geleistet?

- Computertomographie
- Kernspintomographie

KRANKHEITSGESCHICHTE

Sind Sie oder war Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten erkrankt?

Gab es während der Schwangerschaft und Geburt Infektionen oder Komplikationen?

<input type="radio"/> Infektionen	<input type="radio"/> EPH-Gestose
<input type="radio"/> HELLP-Syndrom	<input type="radio"/> Not-Kaiserschnitt
<input type="radio"/> normale Spontangeburt	<input type="radio"/> Frühgeburt

APGAR/ Verfassung Ihres Kindes unmittelbar nach Geburt:

<input type="checkbox"/> Spontan atmend ?	<input type="checkbox"/> hat spontan geschrien?
<input type="checkbox"/> Hautfarbe?	<input type="checkbox"/>

Entwicklung des Kindes: In welchem Alter konnten Sie oder konnte Ihr Kind:

<input type="checkbox"/> Sitzen	<input type="checkbox"/> Sprechen
<input type="checkbox"/> Laufen	<input type="checkbox"/> alle Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen?

Entwicklung des Kindes: Kindergarten/ Schule:

<input type="checkbox"/> gab es Auffälligkeiten im Kindergarten oder der Schule?	<input type="checkbox"/> mit wie viel Jahren wurde Ihr Kind eingeschult?
<input type="checkbox"/> welche Klasse besucht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> Leidet Ihr Kind unter Lernschwierigkeiten?

Psychiatrische Vorerkrankungen

<input type="checkbox"/> Zwangsstörung	<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsdefizit
<input type="checkbox"/> Hyperaktivität	<input type="checkbox"/> unruhige Beine im Liegen/ Schlafen

Neurologische Vorerkrankungen

<input type="checkbox"/> Epilepsie/ Krampfanfall	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Litten Sie oder Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Hirn(haut)entzündung	<input type="checkbox"/> Streptokokken-Infekt (HNO: eitrige Angina, Herzinnenwand-Entzündung)
<input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma	

Allergien/ Unverträglichkeiten (vor allem auf Medikamente)?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Wie viel Alkohol pro Tag?
Was?

Rauchen Sie?

Wieviel rauchen Sie pro Tag?
Seit wann?

Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung (Krebs)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? ja nein; falls ja, welche: Marcumar ASS Plavix/Clopidogrel
 andere:

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe!

dr. med. petra willand | Fachärztin für Neurologie