

**Anamnesebogen zur DaTSCAN – SPECT Untersuchung**  
**(ausfüllen durch Zuweiser )**

Patientenname:

Tel.: 061 686 42 42

FAX: 0800 81 81 22

Geburtsdatum:

Adresse:

1. Fragestellung:

2. Kooperationsfähigkeit: zur Untersuchung festgestellt:

Ja

Nein

3. Welche Medikamente werden eingenommen / wurden abgesetzt?

- 
- 
- 
- 

4. Wurde die Untersuchung bereits schon einmal durchgeführt?

- Wann?
- Wo?

5. Sind Voruntersuchungen beim Neurologen erfolgt?  
z.B. Riechtest

**(L-Dopa-Provokationstest – sollte bereits durchgeführt sein)**

6. Sind bereits bildgebende Verfahren zur Abklärung zerebraler Erkrankungen durchgeführt worden (z.B. CT, MRI, Sonographie)?

- Wann?
- Wo?

7. Sind Vorerkrankungen bekannt? Spez. neurologische Symptome?  
Bewegungsstörungen?

8. Art der Symptome und erstmaliges Auftreten?

9. Hauptsächlich betroffene Seite?