

Aufnahmebogen für die Behandlung bei Cannadoktor

Bringen sie diesen Fragebogen bitte ausgefüllt zum Sprechstundentermin mit.
Sollten sie bestimmte Fragen nicht beantworten können, kann dies später im Rahmen ihrer Sprechstunde geklärt werden

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Personalausweisnummer _____

Krankenkasse _____

Welche Erkrankung soll mit Cannabis behandelt werden?

Bitte ankreuzen

Chronische Schmerzen

Tumorerkrankung

Migräne

Menstruationsschmerzen

Morbus Crohn/Colitis ulcerosa

Untergewicht/Appetitlosigkeit

Spastik/Verkrampfungen

Tics/Tourette-Syndrom

Schlafstörungen

ADHS

Depression

Panikerkrankung

Andere Welche? _____

Haben sie andere Vorerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben sie Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen sie andere Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schon einmal von einem Arzt mit medizinischem Cannabis behandelt worden? ja nein

Wenn ja, wie hat es geholfen, welche Dosierung haben sie benötigt und welche Sorte wurde verwendet?

Hatten sie Nebenwirkungen bei einer vorherigen Cannabistherapie? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Welche Behandlungsergebnisse erwarten Sie von einer Therapie mit medizinischem Cannabis?
Bitte ankreuzen

Steigerung der Lebensqualität

Linderung von Symptomen (z.B. Schmerzen oder Schlafproblemen)

Verbesserung der Funktionalität (z.B. Bewegung)

Verbesserung der Alltagsbewältigung (z.B. Haushaltsführung)

Verbesserung der Arbeitsfähigkeit

Reduktion anderer Medikamente

Andere: _____

Haben sie psychische Vorerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Sind Sie schwanger oder stillen Sie ein Kind? ja nein

Gibt es sonstige wichtige gesundheitliche Informationen zu Ihnen?

Ort, Datum

Unterschrift