

	Ja	Nein
9. Haben Sie schon das Bewusstsein verloren oder eine sog. Synkope (Ohnmachtsanfall) gehabt? Wenn ja, unter welchen Bedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben sie eine neurologische Erkrankung (z.B. Gehirntumor, gesteigerter Hirndruck, Gefäßmissbildungen im Gehirn, Parkinson, Alzheimer, etc)? Wenn ja, wie lautet die Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie lautet(en) ggf. die psychiatrische(n) Diagnose(n); bzw. was sind Ihre psychischen Hauptbeschwerden:		
12. Leiden Sie an einer sonstigen schweren Krankheit, u.a. Herz- oder Atmungserkrankung? Wenn ja, wie lautet die Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sind Sie schwanger oder gibt es eine Wahrscheinlichkeit, dass Sie es sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Leiden Sie unter Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leiden Sie an einem Restless-Legs Syndrom (unruhige Beine im Schlaf oder beim Einschlafen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Leiden Sie unter Schlafmangel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie Tätowierungen mit metallischer Tinte im Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Konsumieren Sie erheblich viel Kaffee oder Alkohol Wenn ja, was und wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche (komplette Auflistung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift