

Anamnesebogen

*Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
um Sie gut behandeln zu können, benötigen wir ausführliche Informationen zu Ihnen und Ihrer Vorgeschichte.
Wir bitten Sie daher vor der Behandlung diesen Anamnesebogen auszufüllen und am Empfang abzugeben.
Selbstverständlich werden alle Informationen streng vertraulich behandelt!
Vielen Dank! Ihr Praxisteam*

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email-Adresse: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____ Religion: _____

Beruf: _____ aktueller Beschäftigungsumfang: _____

Pflegestufe: _____ GdB (Grad der Behinderung): _____

derzeit krankgeschrieben? (Wenn ja: wie lange?) _____

Hausarzt: _____ weiterbehandelnder Arzt: _____

letzte Blutuntersuchung: _____ letzte EKG-Untersuchung: _____

Nikotinkonsum? Falls ja, wieviel pro Tag oder Woche:

Alkoholkonsum? Falls ja, welche Getränke und wieviel pro Tag oder Woche:

Drogen? Falls ja, welche Substanzen und wieviel pro Tag oder Woche:

Suizidversuche in der Vorgeschichte? _____

Leiden Sie unter Angst in engen Räumen? _____

aktuelle neurologische oder psychiatrische Beschwerden, die Sie herführen:

aktuelle zusätzliche körperliche Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herzerkrankungen, Augenerkrankungen):

frühere Erkrankungen (z.B. Unfälle, Operationen, Depressionen, Angsterkrankungen, Schlaganfälle, Herzkrankheiten, Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen):

alle aktuell eingenommenen Medikamente, auch freiverkäufliche, Dauer- oder Bedarfsmedizin (Name, genaue Dosierung, Einnahmezeitpunkte):

bei Frauen: könnten Sie schwanger sein? _____

Allergien, Unverträglichkeiten:

Datenschutzhinweise:

Soweit es für meine Behandlung erforderlich ist, bin ich mit der Weitergabe von Befundberichten und Untersuchungsbefunden an meinen Hausarzt und an weiterbehandelnde Ärzte und Psychotherapeuten – ggfls. auch in der Klinik – einverstanden. *(Nichtzutreffendes bitte streichen)*

Ich wurde darüber informiert, dass ich per Email keine schweigepflichtigen Informationen an die Praxis senden sollte.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ort

Datum

Unterschrift

Zum Schluss noch eine wichtige Bitte:

Bitte sagen Sie vereinbarte Termine ab, falls Sie sie nicht einhalten können, damit wir den Termin an andere Patienten vergeben und so die Wartezeit reduzieren können. Vielen Dank! Ihr Praxisteam