



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Damit wir uns auf Ihren Termin vorbereiten können, bitten wir Sie vor oder bei ihrem ersten Praxisbesuch um die Beantwortung einiger Fragen. **Notieren Sie bitte in Stichworten!**

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefonnummer: _____

Hausarzt, überweisender Arzt: _____ in: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Darf ihr Hausarzt/überweisender Arzt einen Bericht von uns erhalten?

Ja Nein

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

Welche Auswirkungen haben diese Beschwerden auf Ihren privaten und beruflichen Alltag?

Welche psychiatrischen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Ist es bei Ihnen schon früher zu Krankheitsphasen gekommen?

Letzte Behandlung wegen der aktuellen Beschwerden bei einem anderen Arzt?

Wurde ein CT o. MRT des Schädels durchgeführt? Nein Ja Wann:

Leiden Sie an:

Bluthochdruck Nein Ja

Herzrhythmusstörungen Nein Ja

Diabetes mellitus Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Leber-, Nierenerkrankung Nein Ja

Schilddrüsenerkrankung Nein Ja

andere?

Alkoholkonsum Nein Ja

Rauchen Nein Ja

Drogenkonsum Nein Ja

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja

Frühere Krankenhausaufenthalte/ Rehabilitationen?

Zeitpunkt, Dauer _____

Zeitpunkt, Dauer _____

Zeitpunkt, Dauer _____

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

Bekannte Allergien (auch Medikamentenallergien):

Haben Sie eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)? Nein Ja _____

Haben sie einen Rentenanspruch gestellt? Nein Ja

Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB)? Nein Ja %

Haben Sie einen Antrag auf Grad der Behinderung gestellt? Nein Ja

Sind Sie aktuell krankgeschrieben? Nein Ja seit

Haben Sie einen Rehabilitationsantrag gestellt? Nein Ja

Befinden Sie sich bereits in psychotherapeutischer oder ergotherapeutischer Behandlung?

Nein Ja, bei seit

Sind Sie verheiratet? Haben Sie einen Partner? Haben Sie Kinder? Falls diese minderjährig sind, in welchem Alter?

Haben Sie einen besonderen Wunsch an Ihre Untersuchung oder Behandlung heute? Gibt es ein spezielles Anliegen?

Freiburg, den _____ Unterschrift _____

Zu Ihrer Information: Wir sind eine Gemeinschaftspraxis und somit haben beide Ärztinnen gegebenenfalls Einblick in Ihre Behandlungsunterlagen.