

## Anamnesebogen

Zu VA Patientenaufnahme Praxis Psychiatrie und Psychotherapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
sehr geehrte Angehörige,

um bereits vor unserem ersten Termin alle wichtigen Informationen zu haben, bitte ich Sie vorab die folgenden Fragen, so gut es geht, zu beantworten. Vielen Dank!

Bitte tragen Sie hier Ihre persönlichen Daten ein:

Name, Vorname .....

Tel.-Nr. ....

Größe:

Gewicht:

1. Kommen Sie  mit Überweisung  oder direkt

Bei Überweisung, von wem?

.....  
(Name des Arztes)

2. Welche aktuellen Beschwerden haben Sie?

.....  
.....  
.....

3. Inwiefern sind Sie im Alltag durch diese Beschwerden beeinträchtigt?

.....  
.....  
.....

4. Fanden deswegen schon Vorbehandlungen statt?

nein  ja

Wenn ja, wo?

.....  
.....  
.....

## Anamnesebogen

Zu VA Patientenaufnahme Praxis Psychiatrie und Psychotherapie

5. Welche somatischen Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt

.....  
.....

6. Nehmen Sie im Moment Medikamente ein? Wenn ja, welches

.....

7. Sind Sie schon einmal stationär oder ambulant psychiatrisch, neurologisch oder psychotherapeutisch behandelt worden?

nein  ja

Wenn ja, wo?

.....  
.....  
.....

8. Bestehen bei Ihnen Allergien?

nein  ja

Wenn ja, welche?

.....  
.....

9. Gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft neurologische oder psychische Erkrankungen?

nein  ja

Wenn ja, welche?

.....  
.....  
.....

10. Sonstige Angaben:

Leiden Sie unter  
Schlafstörungen?

nein

Einschlafstörungen  
 Durchschlafstörungen

Rauchen Sie?

nein

ja, ca. ....  
Zigaretten/Tag

Trinken Sie regelmäßig  
Alkohol?

nein

ja

Sind Sie schwanger?

nein

ja

## Anamnesebogen

Zu VA Patientenaufnahme Praxis Psychiatrie und Psychotherapie

Leiden Sie in letzter Zeit unter ungewolltem Appetit-/Gewichtsverlust?  nein  ja

11. Angaben zur familiären, sozialen und beruflichen Situation:  
Welchen Schulabschluss haben Sie?

.....

Welche Berufsausbildung/welchen Studienabschluss haben Sie?

.....

Welchen Beruf üben Sie aus?

.....

Sind Sie arbeitslos/berentet?  nein  arbeitslos  berentet

Sind Sie aktuell krankgeschrieben?  nein  ja, seit .....

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Haben Sie Kinder?  nein  ja, wie viele?  
.....

Haben Sie Geschwister?  nein  ja

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung oder Bevollmächtigten?  nein  ja

Wenn ja, bitte Namen und Tel. Nr., Betreuungsbereiche sowie Aktenzeichen angeben:

.....

.....

Hiermit bestätige ich, die vorangehenden Angaben korrekt und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Anamnesebogen

Zu VA Patientenaufnahme Praxis Psychiatrie und Psychotherapie

### Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung und Entbindung von der Schweigepflicht

Patient/in – Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Ich bin darüber informiert worden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke meiner (Nach-) Behandlung und/oder Kostenabrechnung verarbeitet, gespeichert und genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Leistungsträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte, andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) übermittelt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen medizinischen Daten an meinen Hausarzt/ weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können.

ja

nein

Ferner willige ich ein,

dass bei meinem Hausarzt/ weiterbehandelnden Arzt/ im KKH Freiberg bereits vorliegende Behandlungsdaten/ Befunde, soweit diese für meine Weiterbehandlung erforderlich sind, durch den weiterbehandelnden Arzt der MVZ Freiberg GmbH angefordert werden können.

Diese Einwilligungen können jederzeit gegenüber der MVZ Freiberg GmbH widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen den genannten Ärzten und medizinischen Einrichtungen mehr statt.

Freiberg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in oder Berechtigte(r)