

Anamnesebogen

Zu VA Patientenaufnahme Praxis Psychiatrie und Psychotherapie

Sehr geehrte*r Patient*in,
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!

1. Bitte tragen Sie hier Ihre persönlichen Daten ein:

Name, Vorname

Adresse

Tel.-Nr.

Geburtsdatum

Hausarzt

2. Kommen Sie mit Überweisung oder direkt

Bei Überweisung, von wem?

.....
(Name des Arztes)

3. Welche aktuellen Beschwerden haben Sie?

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

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

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

5. Fanden deswegen schon Vorbehandlungen statt?

nein ja

Wenn ja, wo?

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

Anamnesebogen

Zu VA Patientenaufnahme Praxis Psychiatrie und Psychotherapie

6. Welche sonstigen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Asthma, Schilddrüsenerkrankung, Tumore etc.?

Sind Sie schon einmal operiert worden?

.....

.....

.....

7. Nehmen Sie im Moment Medikamente ein? Evtl. Medikamentenplan beilegen

Medikamenten -name	mg pro Tablette (falls bekannt)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf
.....
.....
.....
.....
.....

8. Erhalten Sie weitere Therapien (z. B. Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie)?

.....

.....

.....

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

nein ja

Wenn ja, wo?

.....

.....

.....

Anamnesebogen

Zu VA Patientenaufnahme Praxis Psychiatrie und Psychotherapie

10. Bestehen bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?

nein ja

Wenn ja, welche?

.....
.....

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

nein ja

Wenn ja, welche?

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

12. Sonstige Angaben:

Leiden Sie unter Schlafstörungen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Einschlafstörungen
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Durchschlafstörungen
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, ca. Zigaretten/Tag
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Leiden Sie in letzter Zeit unter ungewolltem Appetit-/Gewichtsverlust?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

13. 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?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> arbeitslos	<input type="radio"/> berentet
Haben Sie einen Antrag auf Berentung und/oder einen Schwerbehindertenausweis beantragt?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> Berentung <input type="radio"/> Schwerbehindertenausweis
Sind Sie aktuell krankgeschrieben?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, seit
Familienstand	<input type="radio"/> ledig	<input type="radio"/> verheiratet	<input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet
Haben Sie Kinder?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wie viele?

Anamnesebogen

Zu VA Patientenaufnahme Praxis Psychiatrie und Psychotherapie

Haben Sie Geschwister? nein ja

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? nein ja

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

.....
.....

Gibt es jemanden, dem Sie eine Vorsorgevollmacht erteilt haben? nein ja

Haben Sie Hobbies? nein ja
Wenn ja, welche?

.....
.....

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

Datum

Unterschrift