



Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient, sehr geehrte Angehörige,
damit wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten können, bitten wir Sie bei Ihrem ersten Praxisbesuch um
die Beantwortung einiger Fragen. Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen an der Anmeldung ab.
Wir danken Ihnen bereits im Voraus sehr für Ihre Mitarbeit.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Hausarzt, überweisender Arzt: _____ in _____

Wünschen Sie, dass Ihr Hausarzt / überweisender Arzt einen Bericht von uns erhält? Ja Nein

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? psychisch neurologisch

Welche Symptome (in Stichworten): _____

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

Auswirkungen (in Stichworten): _____

Welche Erkrankungen, insbesondere psychiatrische oder neurologische Erkrankungen, sind bei Ihnen bekannt?

Ist es bei Ihnen schon früher zu Krankheitsphasen gekommen? _____

Gibt es neurologische oder psychiatrische Erkrankungen, die in Ihrer Verwandtschaft aufgetreten sind?

Nein Ja Falls ja, welche? _____

Frühere Operationen, relevante Unfälle, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen?

1. _____ Jahr / Dauer: _____

2. _____ Jahr / Dauer: _____

3. _____ Jahr / Dauer: _____

Letzte Voruntersuchung wegen der aktuellen Beschwerden bei einem anderen Arzt? Falls bereits ein CT oder MRT
durchgeführt wurde, bitte die Körperregion angeben.

Untersuchung / Körperregion: _____ Jahr: _____

Untersuchung / Körperregion: _____ Jahr: _____

Untersuchung / Körperregion: _____ Jahr: _____

Leiden Sie an ...?

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 1. Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| 2. Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| 3. Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| 4. Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| 5. Wirbelsäulenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| 6. Erkrankung der Gliedmaßen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| 7. Erkr. der Verdauungsorgane | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| 8. Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| 9. hohen Blutfettwerten | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| 10. Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| 11. Leber-, Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| 12. Allergien | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| 13. Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| 14. Infektionserkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| 15. Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Menge pro Tag? _____ |
| 16. Rauchen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Menge pro Tag? _____ |
| 17. anderen Drogen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Menge pro Tag? _____ |

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

Bekannte Medikamentenallergien: Nein Ja Falls ja, welche?

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ | 3. _____ |
|----------|----------|----------|

Schwangerschaft: Nein Ja

Haben Sie einen Rentenantrag oder einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt?

- Nein Ja Falls ja, bitte beantworten Sie weiter:
Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE): _____
Grad der Behinderung (GdB): _____

Sind Sie aktuell krankgeschrieben?

- Nein Ja Falls ja, bitte beantworten Sie weiter:
Ist ein Rehabilitationsantrag gestellt? Nein Ja zu stellen
Arbeitsunfähig (AU) seit _____

Befinden Sie sich bereits in krankengymnastischer, ergotherapeutischer, logopädischer oder psychotherapeutischer Behandlung? Nein Ja Falls ja, welche?

Haben Sie einen besonderen Wunsch an Ihre Untersuchung oder Behandlung heute?

- Gibt es ein spezielles Anliegen oder auch Anmerkungen zu unserem Fragebogen?

Berlin, den _____ Unterschrift _____