



Anamnesebogen

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

um unsere gemeinsame Gesprächszeit intensiver nutzen zu können bitte ich Sie vorab um Beantwortung einiger Routinefragen. Dies wird mir eine raschere Beurteilung ermöglichen. Vielen Dank im Voraus für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Hausarzt, überweisender Arzt: _____ in _____

Wohnhaft: Zuhause Pflegeheim Tel. Nr.: _____

Leiden Sie an:

Bluthochdruck Nein Ja

Herzrhythmusstörungen Nein Ja (welche?)

Diabetes mellitus Nein Ja

Hohen Blutfettwerten Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja (welche?)

Leber-, Nierenerkrankungen Nein Ja (welche?)

Schilddrüsenerkrankungen Nein Ja (welche?)

Lungenerkrankungen Nein Ja (welche?)

Erkrankungen der Verdauungsorgane Nein Ja (welche?)

Erkrankungen der Wirbelsäule Nein Ja (welche?)

Infektionserkrankungen Nein Ja (welche?)

Allergien Nein Ja (welche?)

Alkoholkonsum Nein Ja (Menge pro Tag?)

Rauchen Nein Ja (Menge pro Tag?)

Andere Drogen Nein Ja (welche? wann)

Sonstiges

Bei Frauen: Schwangerschaft? Nein Ja

Medikamentenallergien Nein Ja (welche?)

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? Bitte notieren Sie stichwortartig.

Welche Symptome:

Welche Erkrankungen, insbesondere neurologische Erkrankungen, sind bei Ihnen bekannt, ist es schon früher zu Krankheitsphasen gekommen?

Frühere Operationen, relevante Unfälle, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen?

_____ Dauer, Zeitpunkt:
_____ Dauer, Zeitpunkt:
_____ Dauer, Zeitpunkt:

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

Untersuchung: _____ Zeitpunkt, Körperregion:
Untersuchung: _____ Zeitpunkt, Körperregion:

Aktuelle Medikamenteneinnahme

Medikament	Einnahme				
	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

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

Nein Ja (welche und bei wem?)

Befinden Sie sich bereits in krankengymnastischer, ergotherapeutischer, logopädischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

_____ Dauer, Zeitpunkt:
 _____ Dauer, Zeitpunkt:
 _____ Dauer, Zeitpunkt:

Familienstand, Wohnsituation: Sind Sie verheiratet? Haben Sie Kinder? (in welchem Alter?) Leben Sie allein, mit Partner/in oder in Ihrer Familie?

Ort, Datum _____

Unterschrift _____