

## 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 \_\_\_\_\_