



Anamnesebogen

Frau Dr. med. Götz-Trabert, Frau Dr. med. Peschen-Rosin & Dr. med. Stefan Zwernemann, M.A.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Angehörige, Datum: _____

damit wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten können, bitten wir Sie bei Ihrem ersten Praxisbesuch um die Beantwortung einiger Fragen. Sie können sich unseren Fragebogen im Internet herunterladen und bereits zu Hause in Ruhe ausfüllen oder dies bei Ihrem Erstbesuch im Wartezimmer tun. Wir danken Ihnen bereits im Voraus sehr für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon / Mobil: : _____ Email: _____

Hausarzt, überweisender Arzt: _____ in _____

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

Ja Nein

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? Notieren Sie bitte stichwortartig.

psychisch neurologisch

Welche Symptome: _____

**Welche Auswirkungen haben diese Beschwerden auf Ihren privaten und beruflichen Alltag?
Notieren Sie bitte stichwortartig.**

Auswirkungen: _____

Welche Erkrankungen, insbesondere psychiatrische oder neurologische Erkrankungen, sind bei Ihnen bekannt, ist es bei Ihnen schon früher zu Krankheitsphasen gekommen? Leiden Sie unter Erkrankungen an Herz, Lunge, Leber, Niere, Verdauungsorganen, Schilddrüse, Wirbelsäule und Gliedmaßen, sowie Allergien oder Infektionskrankheiten und an welchen?

1. _____

2. _____

3. _____

Frühere Operationen, relevante Unfälle, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen?

1. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____
2. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____
3. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

Letzte Voruntersuchung 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: _____

Leiden Sie an:

1. Bluthochdruck Nein Ja
2. Herzrhythmusstörungen Nein Ja (welche?)
3. Diabetes mellitus Nein Ja
4. Hohen Blutfettwerten Nein Ja
5. Tumorerkrankung Nein Ja (welche?)
6. Leber-, Nierenerkrankung Nein Ja (welche?)
7. Schilddrüsenerkrankung Nein Ja (welche?)
8. Alkoholkonsum Nein Ja (Menge pro Tag)
8. Rauchen Nein Ja (Menge pro Tag)
9. Andere Drogen Nein Ja (welche, wann)

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____
7. _____ 8. _____

Bekannte Medikamentenallergien: Nein Ja **Bei Frauen: Schwangerschaft:** Nein Ja

1. _____

2. _____

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

Nein Ja Falls ja, welche: _____

Haben Sie einen Rentenanspruch 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?

Rehabilitationsantrag gestellt?

Nein Ja Falls ja, bitte beantworten Sie weiter: Reha Nein Ja zu stellen

Arbeitsunfähig (AU) seit _____

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

1. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

2. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

3. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

Familienstand / Wohnsituation: Sind Sie verheiratet? Haben Sie Kinder? Falls diese minderjährig sind, in welchem Alter? Leben Sie allein, mit Partner/in oder in Ihrer Familie?

Haben Sie einen besonderen Wunsch an Ihre Untersuchung oder Behandlung heute? Gibt es ein spezielles Anliegen oder auch Anmerkungen zu unserem Fragebogen?

Freiburg, den _____

Unterschrift