



Anamnesebogen

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 Ihr Anliegen vorbereiten können, bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung
nachfolgender Fragen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon / Mobil: : _____ Email: _____

Hausarzt, überweisender Arzt: _____ in _____

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: _____

**Besteht bereits eine gesicherte neurologische oder psychiatrische Diagnose? Bitte Angabe früherer
Krankheitsphasen.**

1. _____

2. _____

Erfolgte Operationen, relevante Unfälle, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen?

1. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

2. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

3. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

Bitte geben Sie bereits erfolgte Untersuchung wegen der aktuellen Beschwerden an. 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. Sonstige Erkrankungen: _____

Bitte machen Sie Angaben zu:

Alkoholkonsum Nein Ja (Menge pro Tag)

Nikotinkonsum Nein Ja (Menge pro Tag)

Drogenkonsum Nein Ja (welche, wann)

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

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

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

Nein Ja falls ja, welche: _____

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 seit _____

Wurde ein Rehabilitationsantrag gestellt?

Nein Ja wann _____

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

1. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

2. _____ 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?

Freiburg, den _____

Unterschrift

Ablage: Formular Formular „A-Bogen PR,ZW“