

Anamnesebogen

Name/Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

E-Mail Adresse: _____

Hausarzt: _____

Familienstand: ledig/verheiratet/geschieden/getrennt lebend/verwitwet

Kinder (Geb.-Jahr, männlich/weiblich) _____

Fehlgeburten: _____

Schulabschluss/Klasse: _____

Event. Studium/Beruf: _____

jetzige Tätigkeit: _____

arbeitslos: ja/nein seit wann: _____

Rentenbezug: ja/nein seit wann: _____

Wegen welcher Erkrankung: _____

Schwerbeschädigt: ja/nein GdB: _____ sei wann: _____

Wegen welcher Erkrankung: _____

Familienanamnese:(Gab oder gibt es in Ihrer Familie Krankheiten wie zb. Diabetes, hohen Blutdruck, Krebsleiden, Gemütsleiden, Alkohol-o. Drogenprobleme oder andere wichtige Krankheiten?):

Eigenanamnese:(eigene Krankheitsgeschichte):

Verliefen Geburt und frühkindliche Entwicklung unauffällig: ja/nein

(Wenn nein, welche Besonderheiten gab es z.B. Kaiserschnitt, spät gelaufen oder gesprochen...)

Operationen: _____

Knochenbrüche: _____

Krankenhausaufenthalte: _____

Allgemeine Anamnese:

Kaffee: _____ Tassen/Tag Zigaretten: _____ Stück/Tag

Alkohol: _____

Drogen: _____

Allergien: _____

Beschwerden beim Stuhlgang: ja/nein beim Wasserlassen: ja/nein

Appetit: gut/schlecht/geht so

Gewicht: konstant/zugenommen/abgenommen

zur Zeit: _____ kg Größe: _____ m

Gibt es Sachen, die Sie gar nicht vertragen, wenn Sie sie essen: ja/nein

Welche? _____

Soziale biographische Anamnese:

Kinder Grippe: ja/nein Kindergarten: ja/nein

Wie alt waren Ihre Eltern bei der Geburt? Was sind/waren Sie von Beruf?

Mutter: _____

Vater: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Welchen Einfluss haben diese auf den Alltag? _____

Frühere und derzeitige Medikation: _____

Ambulante oder stationäre Psychotherapie: _____

Gab es belastende Ereignisse oder erschwerende Umstände in Ihrem Leben?

-Tod des Ehepartners 19____/20____

-Scheidung 19____/20____

-Trennung vom Partner 19____/20____

-Erhebliche eigene KRankheiten 19____/20____

-Tod eines Familienangehörigen 19____/20____

-Verlust der Arbeitsplatzes 19____/20____

-Partnerschaftskonflikt 19____/20____

-Erhebliche Erkrankung eines Familienangehörigen 19____/20____

-Sexuelle Schwierigkeiten 19____/20____

-Familienzuwachs(Adoption,Enkel)19____/20____

-Berufswechsel 19____/20____

-Erhebliche Einkommensänderung 19____/20____

- Große Kreditaufnahme 19____/20____
- Tod eines guten Freundes 19____/20____
- Geschäftliche Veränderungen 19____/20____
- Ihre Kinder ziehen aus 19____/20____
- Ärger mit der Familie oder 19____/20____
- Ärger mit der eigenen Familie 19____/20____
- Großer persönlicher Erfolg 19____/20____
- Anfang oder Ende der Berufstätigkeit des Partners 19____/20____
- Wohnungswechsel/Umzug 19____/20____
- Arbeitsstellenwechsel 19____/20____
- Beginn einer Schul-/Berufsausbildung oder Umschulung 19____/20____
- Abschluss einer Ausbildung 19____/20____
- Abbruch oder Scheitern einer dieser Ausbildungen 19____/20____

andere : _____

Ziel der Behandlung: _____

WICHTIGE INFORMATIONEN:

Elektronische Patientenakte- Patientinnen und Patienten (m/w/d) können der ePA und ihren Funktionen entweder in ihrer ePA-App oder gegenüber der Ombudsstelle ihrer Krankenkasse widersprechen, ansonsten gilt eine automatische Zustimmung. Bitte informieren Sie uns über Ihre Entscheidung.

Fahrtauglichkeit- Die Neuverordnung von Medikamenten kann zur einer eingeschränkten Fahrtauglichkeit führen. Wir bitten Sie dies vor jedem Fahrentritt zu beachten.

Unterschrift: _____

Datum: _____