



Datum: _____

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir möchten Ihnen eine optimal auf Sie zugeschnittene Beratung und Behandlung bieten. Um dies zu ermöglichen, bitten wir Sie, vor oder bei Ihrem ersten Besuch die folgenden Fragen möglichst ausführlich und vollständig zu beantworten.

Ihre Informationen werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Name, Vorname:

Telefon:

E-Mail:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Gibt es eine Vertrauensperson, die für Sie Rezepte/Befunde/Briefe abholen darf? Bitte geben Sie hier den Namen und die Telefonnummer an:

Grund der Vorstellung/ aktuelle Beschwerden:

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ist eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen diagnostiziert oder behandelt worden?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes mellitus / Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankungen (Über-/Unterfunktion) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tumor-/Krebserkrankungen
(auch ausgeheilt) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Parkinson | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie/ Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| entzündliche ZNS-Erkrankungen
(z.B. Multiple Sklerose) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Psychische Erkrankungen
(z.B. Depression/Burn-Out/Angst-/Panikzustände/Verwirrtheit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|
 | | |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|
 | | |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|
 | | |
| Für Frauen: Können Sie schwanger sein? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Weitere Erkrankungen/Operationen aus Ihrer Vorgeschichte:

Medikamente: (bitte ALLE Medikamente und die Dosierung aufführen)
Es ist wichtig, das wir alle Ihre Medikamente kennen, um Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten prüfen zu können.

Sind für Ihre Beschwerden schon Untersuchungen erfolgt?

Zum Beispiel bei anderen Ärzten/Therapeuten? Ist bereits eine Bildgebung (z.B. CT/MRT) erfolgt?

Gibt es weitere Anmerkungen, die für uns wichtig sind?

Ort, Datum

Unterschrift