



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Angehörige,

um unser folgendes gemeinsames Gespräch gleich besser nutzen zu können, bitten wir Sie vorab um einige wichtige Informationen Ihren Gesundheitszustand und Ihre Lebensumstände betreffend.

1. Zu Ihrer Person

Vorname, Name: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Familienstand: _____

Wann sind Ihre Kinder geboren? _____

Wann sind Ihre Eltern geboren? _____

Wann sind Ihre Geschwister geboren? _____

Besteht eine gesetzliche Betreuung? Ja Nein

Wenn ja, welche Aufgabenkreise? _____

Name und Kontaktdaten des Betreuers: _____

2. Zu den Umständen Ihres Besuchs

Sie kommen: aus eigenem Antrieb auf Anraten von Familie/Freunden

auf Anraten des Hausarztes

3. Grund Ihres Besuchs – Art und Ausmaß der Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie?	Wie lange bestehen die Beschwerden

Haben Sie Durchschlafstörungen? Ja Nein

Haben Sie Einschlafstörungen? Ja Nein

Besteht bereits eine Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein

Wenn ja, seit wann und wegen welcher Beschwerden? _____

Fanden bereits Vorbehandlungen statt und wenn ja welche, wann und wo/bei wem? (z.B. Krankenhausbehandlungen, Rehabilitation, Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie)

Welche Behandlung?	Von wann bis wann?	Wo? (welche Einrichtung/Therapeut)

 Bitte geben Sie vorhandene Befunde bzw. Berichte  an der Anmeldung ab

4. Medikamente

Nehmen Sie gegenwärtig **regelmäßig Medikamente** ein? Bitte geben Sie **ALLE** Medikamente einschließlich pflanzlicher Präparate und nicht verschreibungspflichtige Medikamente aus der Apotheke an, bzw. legen Sie Ihren **aktuellen Medikamentenplan** an der Anmeldung vor.

Medikament (Name und mg)	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf	verschrieben von

5. Zu Ihrer gesundheitlichen Situation

Wie groß und wie schwer sind sie ungefähr? _____ cm _____ kg

Hat sich an Ihrem Gewicht in der letzten Zeit etwas geändert? Ja Nein

Wenn ja: Abnahme um _____ kg Zunahme um _____ kg

Wann und wo wurde bei Ihnen zuletzt Blut abgenommen und ein EKG geschrieben?

 Bitte geben Sie vorhandene Befunde  an der Anmeldung ab

Gibt es in Ihrer blutsverwandten Familie, d.h. bei Eltern, Geschwistern, Kindern etc. schwere Krankheiten, z.B. Krebs, Schlaganfälle, Nervenkrankheiten?

Wenn ja, welche? _____

Bestehen oder bestanden bei Ihnen chronische Krankheiten? **Wenn ja, welche?**

Herz/Blutgefäße: _____

Leber: _____

Niere/Harnwege/Blase: _____

Störungen des Immunsystems: _____

Tumorerkrankungen: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviel täglich? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, wieviel wöchentlich? _____

6. Zu Ihrer Lebenssituation

Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? _____

Beziehen Sie Arbeitslosengeld? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? _____

Beziehen Sie Erwerbsminderungsrente? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? _____

unbefristet?

befristet bis wann? _____

Wenn nein, haben Sie einen Antrag gestellt? Ja Nein

Haben Sie einen Antrag auf stationäre Rehabilitation gestellt? Ja Nein

Haben Sie eine Schwerbehinderung? Ja Nein

Wenn ja, mit wieviel Prozent? _____

Wenn nein, haben Sie einen Antrag gestellt? Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____