

## Anamnesebogen- Erstgespräch

Ordination Dr. Treiber

Zur Erleichterung und Vereinfachung steht Ihnen hiermit- zur Vorbereitung auf das Erstgespräch- ein Fragebogen zu Verfügung, welcher Informationen über Ihre Lebensumstände und Ihren Gesundheitszustand enthält. Bitte bringen Sie ihn in ausgedruckter Form mit.

Die Angaben erfolgen freiwillig und werden natürlich vertraulich behandelt. Ich bitte um richtige und vollständige Angaben, soweit möglich. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder wollen, überspringen Sie.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### 1. Zu Ihrer Person:

Vorname, Nachname:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Zusatzversicherung:

Adresse:

E-Mail:

Telefonnummer:

Bei minderjährigen Patienten- Daten des/der Erziehungsberechtigten bzw.

Bei gesetzlicher Betreuung- Daten des/der Erwachsenenvertreter:in:

Vorname, Name

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

E-Mail:

Telefonnummer:

Ausbildung/Beruf/ggf. Erwerbslosigkeit/Pension seit:

Wohnsituation:

Familienstand:

Hausarzt/Hausärztin:

Ich komme auf Zuweisung/Empfehlung von:

### 2. Beschwerdebild:

Welche Symptome belasten Sie?

Seit wann belasten Sie diese Symptome?

Bestanden diese Symptome bereits in der Kindheit/Jugend?

Waren Sie aufgrund dieser Symptome in stationärer (psychiatrischer) Behandlung/an einer Tagesklinik/ Ambulanz/ Beratungsstelle oder in sonstiger ärztlicher Behandlung?

Falls ja bitte Angabe des Zeitraums/des Krankenhauses/des Arztes mit Datum

Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? Bei wem, seit wann und wie lange?

Gibt es Familienmitglieder (Kinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Partner), die an einer psychischen Erkrankung leiden? Wenn ja, welche Erkrankungen oder Symptome?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Bitte um Auflistung mit Dosierung und Beginn des Einnahmezeitpunkts!

Bitte **alle** Medikamente, auch pflanzliche Präparate und nicht verschreibungspflichtige Medikamente wie Nahrungsergänzung, Homöopathie etc. und Medikamente, die in Spritzenform verabreicht werden.

Name	Dosierung	Einnahmezeitpunkt (morgens, mittags, abends, nachts)
------	-----------	--

(bitte Tabelle)

Gab es Medikamente, die Sie bereits abgesetzt haben? Aus welchem Grund? (Bitte Name und Einnahmedauer)

Essen Sie regelmäßig Grapefruits oder nehmen Präparate ein, die Grapefruitextrakt enthalten?

### 3. Körperliche Anamnese:

Sind Allergien/Medikamenten- oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?

Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

Welche körperlichen Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Herz:

Lunge:

Magen/Darm:

Schilddrüse:

Zuckerkrankheit/Diabetes:

Gynäkologie:

Harn und Trinkmenge:

Osteoporose (verminderte Knochendichte):

Erkrankungen des Bewegungsapparats:

Chronische Schmerzen (wo, seit wann):

Kopfschmerzen:

Epilepsie:

Sonstige neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall):

Schwere Infektionserkrankungen:

Hörminderung:

Einschränkungen in der Sehfähigkeit:

Gehhilfen/Rollstuhl:

Operationen (mit Angabe des Jahres):

4. Besteht eine gesetzliche Betreuung (Erwachsenenvertreter)? Falls ja, für welche Bereiche?

Befinden Sie sich aktuell in einem gerichtlichen Verfahren/Rechtsstreit aufgrund der og. Symptome?

5. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?

Was befürchten Sie bei der Behandlung?

Vielen lieben Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum

Unterschrift