

ANAMNESEBOGEN

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis und möchten Sie im Interesse Ihrer Behandlung bitten, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen und Unklarheiten helfen wir Ihnen gern weiter. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. **Bezüglich der Datenverarbeitung gemäß aktueller Datenschutzrichtlinie bitten wir Sie, den jeweilig gültigen Aushang in unseren Praxisräumen zu beachten und die Schweigepflichtentbindung auf der Rückseite auszufüllen.** Waren Sie bereits früher in unserer Praxis in Behandlung, dann bitten wir Sie der datenschutzgerechte Übergabe Ihrer bisherigen Patientenakte in unserer Praxis einzuwilligen. Dies erleichtert uns Ihre Behandlung fortzuführen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ und Ort)

Telefon (Festnetz u. Mobil/Handy)

E-Mail

Sind Sie mit einer Terminerinnerung per E-Mail einverstanden? Ja Nein

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Ja Nein

Nur ausfüllen, wenn Sie privat versichert sind

Beihilfe: Ja Nein

Name der privaten Krankenkasse:

Standard-Tarif Basis-Tarif

Liegt bei Ihnen eine anerkannte **Schwerbehinderung** vor? Grad der Behinderung? Merkzeichen?

Ja Nein

Liegt eine **rechtliche/gesetzliche Betreuung** vor? Falls ja, durch wen? (Telefon?)

Ja Nein

Name Ihres **Hausarztes** (Ort, ggf. Adresse)

Name des **überweisenden Arztes** (Ort, ggf. Adresse)

Aufgrund welcher (neurologischer oder psychiatrischer) **Beschwerden** suchen Sie uns auf?

Welche **bisherigen Erkrankungen** sind bei Ihnen festgestellt worden?

Bitte Wenden!

Welche **neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen** in Ihrer **Familie** sind Ihnen bekannt (ggf. andere)?

Konsumieren Sie regelmäßig?

Tabak	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Alkohol	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schlaf-/Beruhigungs-Tbl.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Drogen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein? (Name, Dosierung, Einnahmezeitpunkt am Tag (vormittags-mittags-abends-nachts))

Sind bei Ihnen **Medikamenten-Allergien/ Unverträglichkeiten** bekannt? Wenn ja, welche Medikamente

Welchen **Beruf** haben Sie gelernt?

Welche Arbeit/Beruf üben Sie aktuell aus?

Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein

Wenn, ja seit wann?

Durch wen?

Sind Sie berentet? Ja Nein

Wenn, ja seit wann?

WICHTIG - Schweigepflichtentbindung!

Wenn Angehörige oder andere Vertrauenspersonen von Ihnen Informationen von uns über Sie erhalten dürfen oder Terminvereinbarungen, Rezepte oder ähnliches für Sie erledigen dürfen, bitten wir Sie diese Personen von der Schweigepflicht zu entbinden und hier namentlich anzugeben:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ggf. auch Institution

Telefon (Festnetz u./o. Mobil/Handy)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Kenntnisnahme und Einverständnis gemäß aktueller Datenschutzrichtlinie.

Datum

Unterschrift Patient/in