

Anamnesebogen der Praxis Dr. Katrin Götz-Trabert, Praxis am Europaplatz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie um die Beantwortung einiger Fragen bitten, damit wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten können. Wir danken Ihnen bereits im Voraus herzlich für Ihre Mitarbeit.

Vorname, Name: _____ Email: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.Nr: _____

Adresse: _____

Beruf: _____ Hausarzt, überweisender Arzt: _____

Soll Ihr Hausarzt / überweisender Arzt einen Bericht von uns erhalten? Ja Nein

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? Notieren Sie bitte stichwortartig.

psychisch neurologisch

Welche Symptome: _____

Welche Auswirkungen haben diese Beschwerden auf Ihren privaten/beruflichen Alltag?

Auswirkungen: _____

Welche Vorerkrankungen, insbesondere psychiatrische oder neurologische Erkrankungen, sind bei Ihnen bekannt? Ist es bei Ihnen früher zu Krankheitsphasen gekommen?

1. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

2. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

Frühere Operationen, relevante Unfälle, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen?

1. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

2. _____ Dauer, Zeitpunkt: _____

Letzte Voruntersuchung wegen dieser Beschwerden bei einem anderen Arzt? Falls bereits ein CT oder MRT durchgeführt wurde, bitte die Körperregion angeben.

1. Untersuchung: _____ Zeitpunkt, Körperregion: _____

2. Untersuchung: _____ Zeitpunkt, Körperregion _____

Ihre weiteren Erkrankungen:

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| 1. Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Hohe Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (welche?) |
| 6. Leber-, Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (welche?) |
| 7. Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (welche?) |
| 8. Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (Menge pro Tag) |
| 9. Rauchen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (Menge pro Tag) |

Aktuelle Medikation:

- | | | |
|----|----|----|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Medikamentenallergien: Nein Ja

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
|----|----|

Sind Sie aktuell krankgeschrieben?

Nein Ja Falls ja: **Arbeitsunfähig (AU) seit dem** _____ (Datum)

Wurde ein Rehaantrag gestellt? Nein Ja **Liegt Schwerbehinderung vor?** Nein Ja

Ihre persönliche Situation, Ihre Wohnsituation: Leben Sie allein, mit Partner/in? Sind Sie verheiratet? Haben Sie Kinder? Falls die Kinder minderjährig sind, in welchem Alter?

**Haben Sie einen speziellen Wunsch an Ihre Untersuchung oder Behandlung heute?
Gibt es ein besonderes Anliegen?**

Freiburg, den _____ (Datum) _____ (Unterschrift)