



Poliklinisches Zentrum Berlin

Nervenheilkunde/Psychiatrie

Anamnesebogen - Erstgespräch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Angehörige,

herzlich Willkommen in unserer Praxis.

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

Ihre Angaben werden genauso wie das folgende Gespräch streng vertraulich behandelt. Wenn Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, überspringen Sie diese.

1. Zu Ihrer Person

Name Vorname Geburtsdatum/Alter

Adresse Tel-Nr. E-mail

Familienstand

ggf. Anzahl und Alter der Kinder nächste Angehörige (Name/Tel-Nr.)

Ausbildung/Beruf/ggf. Erwerbslosigkeit/Rente seit

Geburtsort ggf. in der Bundesrepublik Deutschland seit

2. Zu den Umständen Ihres Besuchs

Sie kommen

- aus eigenem Antrieb
- auf Anraten von Familie/Freunden
- mit Überweisung von (Name und Fachrichtung des Arztes; Grund der Überweisung)

3. Grund Ihres Besuchs

Welche Beschwerden haben Sie?	Wie lange bestehen die Beschwerden
1.	
2.	
3.	
4.	

Was erwarten Sie von der Behandlung?

Handelt es sich bei Ihren Beschwerden um Kopfschmerzen, allgemeine Schmerzen oder depressive oder ängstliche Beschwerden bzw. Schlafstörungen bitten wir Sie, eine n genau auf diese Beschwerden zugeschnittenen, weiteren Fragebogen auszufüllen. Sie erhalten den Fragebogen an der Anmeldung, wenn Sie eine dieser Beschwerden angeben.

4. Art und Ausmaß der Beschwerden

Inwiefern sind Sie im Alltag und/oder bei der Arbeit durch die Beschwerden beeinträchtigt?

Besteht bereits eine Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, wie lange?

Fanden bereits Vorbehandlungen statt und wenn ja welche, wann und wo/bei wem (z.B. Medikamente, Psychotherapie, Krankengymnastik, Krankenhausbehandlungen, Rehabilitation/Kur etc.)?

Welche Behandlung	Von wann bis wann?	Wo? /welcher Therapeut/Einrichtung
1.		
2.		
3.		
4.		

Haben Sie eine Rentenanspruch oder einen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt?

5. Medikamente

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Bitte **ALLE** Medikamente auflisten einschließlich pflanzlicher Präparate, nicht verschreibungspflichtige r Medikamente aus der Apotheke, Drogerie, Kräuterhaus, von Nachbarn/Verwandten oder über das Internet gekauft, Nahrungsergänzungsmittel, z.B. Vitamine, Mineralien o.ä.

Name des Medikaments	mg	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	bei Bedarf	verschrieben von
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

6. Zu Ihrer gesundheitlichen Situation

Wie groß und wie schwer sind Sie ungefähr?

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

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

Bestehen oder bestanden bei Ihnen chronische Krankheiten/Beschwerden, z.B.

- am Herz
- an der Niere/Harnwege/Blase
- am Verdauungssystem
- an den Muskel
- Störungen des Immunsystems
- Herzinfarkte/Schlaganfälle
- Allergien/Unverträglichkeiten
- der Lunge
- an der Leber
- am Knochensystem
- an der Haut
- Tumorerkrankungen
- Störungen an den Blutgefäßen
- Operationen

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

7. Zu Ihrer Lebenssituation

Gibt es in Ihrer gegenwärtigen Lebenssituation wesentliche Probleme oder Sorgen?

Wie sieht Ihr typischer Tagesablauf aus?

Haben oder hatten Sie Hobbies?

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!