

Anamnesebogen

Persönliche Angaben:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Um Sie etwas besser kennen zu lernen, bitte wir Sie, folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitsstatus zu beantworten.

Bei welchem Arzt waren/sind Sie in Behandlung? _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie bekannt? JA / NEIN

Rücken/Gelenkerkrankungen _____

Magen-Darm _____

Blase-Nieren _____

Hauterkrankungen _____

Herz-Kreislauferkrankungen _____

Lungenerkrankungen _____

Stoff'vwWechselerkrankungen _____

Krebserkrankungen _____

Sonstige Erkrankungen _____

Andere Angaben

Größe _____

Gewicht _____

Rauchen Sie?

JA NEIN

Wenn JA, wie viel pro Tag _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

JA NEIN

Wenn JA, wie viel pro Tag _____

Sind Sie schon operiert worden?

JA NEIN

Wenn JA, welche OP und wann?

Sind bei Ihnen z.B. Tumorerkrankungen, Schlafapnoe festgestellt worden?

JA NEIN

Wenn JA, welche?

Gibt es bereits psychiatrische Diagnosen?

JA NEIN

Wenn JA, welche?

Grad der Behinderung _____

Pflegegrad _____

gesetzlicher Betreuer _____

Patientenverfügung? JA NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

(bei Bedarf Freifeld Notizen verwenden)

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche?

Existiert ein Medikamentenplan?

JA NEIN

(wenn JA, bitte mitbringen)

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Aktuelle psychische Beschwerden

Notizen
