

**Anamnesebogen**

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

bitte beantworten Sie sich die folgenden Fragen, da diese Angaben für Diagnosen und Behandlung wichtig sind. Sollen sich

hieraus Ihrerseits Fragen ergeben, werden wir diese im persönlichen Arztgespräch klären.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname, Name, Geburtsdatum E Mail für Terminerinnerungen JA /NEIN ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erlernter oder derzeitiger Beruf

**Familienstand:**  **o** ledig **o** verheiratet **o** getrennt **o** geschieden **o** verwitwet **o** in Lebensgemeinschaft

**Kinder (Alter, Geschlecht): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Begleiterkrankungen:**

**o** Herzerkrankungen (z.B. Kranzgefäße) **o** Bluthochdruck

**o** Lungenerkrankungen (z.B. Asthma) **o** Stoffwechselerkrankungen

(z.B. Diabetes, Gicht)

**o** Blasen-Harnwegsinfekte/Nieren **o** Lebererkrankungen, Magen-Darm-Erkrankung (z.B. Hepatitis, Gallenblasenerkrankung)

**o** Gynäkologische Erkrankungen **o** Tumorleiden

**o** HIV **o** Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Neurologische/Psychiatrische Erkrankungen in Familie (Depression, Demenz, MS, Migräne, Parkinson etc.**):

**Vorstellungsgrund/ Beschwerden:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Gewicht: \_\_\_\_\_\_kg **o** konstant **o** Zunahme **o** Abnahme Körpergröße:\_\_\_\_\_\_\_\_ cm

Stuhlgang: **o** normal **o** verstopft **o** Durchfall / Wasserlassen: **o** normal **o** unwillkürlich **o** nachts **o** Harnstottern **o** Harnverhalten

Gehstrecke: **o** unbegrenzt **o m o km**

Pflegegrad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Schwerbehinderung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medikamente** | **Dauer der Einnahme** | **Dosis der Einnahme** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Ich nehme folgende Medikamente**

**Ich bin auf Ihre Praxis aufmerksam geworden durch: o** Empfehlung durchBekannte/Verwandte **o** das Internet

**o** sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_

© Neurologie Bewegt