

Ärztlicher Anamnesebogen für Erstgespräch:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vorbereitung auf das Erstgespräch bitten wir Sie den Anamnesebogen auszufüllen. Die Richtigkeit Ihrer Angaben bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments!

Vorname: _____ **Nachname:** _____

Wohnadresse: _____

Versicherungsnummer: _____ **Geburtsdatum:** _____

Krankenkasse: _____

Telefonnummer: _____

Beruf: _____ **Ausbildung:** _____

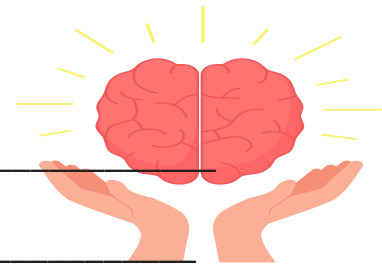
Sind Sie beim AMS? ja seit: _____ nein

1) Zugang zur Ordination:

Mit welchem Anliegen kommen Sie? _____

2) Relevante Vorerkrankungen:

Welche körperlichen Erkrankungen haben Sie (einschließlich Operationen und Unfälle)? _____



Welche psychischen Erkrankungen/Diagnosen hatten sie bisher? _____

Wie oft waren sie schon in psychiatrischer Behandlung? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Psychiater? _____

Wieviele stationäre Aufenthalte an der Psychiatrie hatten Sie? _____

Wann waren sie zuletzt an der Psychiatrie stationär? _____

- Weswegen?

3)Allergien:

Haben Sie Unverträglichkeiten auf Nahrungsmittel? ja nein

Wenn Ja, welche? _____

Haben Sie Allergie? ja nein

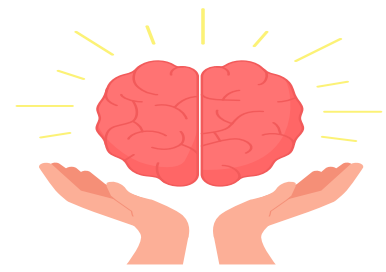
Wenn Ja, welche? _____

4)Risikoanamnese:

Rauchen Sie? ja O, wieviel: _____ nein

Alkoholkonsum? ja O, wieviel: _____ nein

Drogenkonsum? ja O, welche: _____ nein



5) Allgemeine Sozialanamnese:

Familienanamnese: Psychische Erkrankungen in der Familie?

Alkoholismus?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Drogenprobleme?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Suizid?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bipolar (manisch-depressiv)?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schizophrenie?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Beziehungen:

Sind sie aktuell in einer Beziehung?	ja <input type="radio"/>	seit wann? _____	nein <input type="radio"/>
Verheiratet?	ja <input type="radio"/>	seit wann? _____	nein <input type="radio"/>
Lebensgemeinschaft?	ja <input type="radio"/>	seit wann? _____	nein <input type="radio"/>
Geschieden?	ja <input type="radio"/>	seit wann? _____	nein <input type="radio"/>
Verwitwet?	ja <input type="radio"/>	seit wann? _____	nein <input type="radio"/>
Haben Sie Kinder?	ja <input type="radio"/>	wieviele? _____	nein <input type="radio"/>

Wie alt sind Ihre Kinder? _____

Wohnen:

Eigentumswohnung | Eigenes Haus | Mietwohnung | Haus gemietet

Mitbewohner: ja wieviele? _____ nein

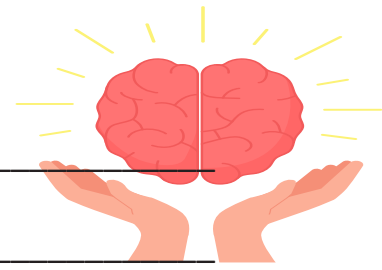
Aktuelle Freizeit/Hobbies _____

Finanzen: Schulden? ja nein

Krankenstand?	ja <input type="radio"/>	seit wann? _____	nein <input type="radio"/>
Aufrechtes Dienstverhältnis?	ja <input type="radio"/>	seit wann? _____	nein <input type="radio"/>
Soziale Unterstützung?	ja <input type="radio"/>	seit wann? _____	nein <input type="radio"/>
Hatten Sie Psychotherapie	ja <input type="radio"/>	seit wann? _____	nein <input type="radio"/>
Sind sie aktuell in Psychotherapie	ja <input type="radio"/>	seit wann? _____	nein <input type="radio"/>

6) Ziele:

Persönliche Ziele? _____



Berufliche Ziele? _____

Wünsche? _____

7)Aktuelles Gewicht _____ **kg und Körpergröße:** _____

8) Symptome:

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Einschlafstörungen? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Durchschlafstörungen? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Vermehrter Schlaf? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Alpträume? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Appetit? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Starke Unruhe? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Starke Müdigkeit? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Ängste? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Halluzinationen? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Vergesslichkeit? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Zwänge? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Gewichtsverlust? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Depressive Stimmung? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Gereizte Stimmung? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

9)Medikamente:

Medikamentenname	Dosis Früh	Dosis Mittag	Dosis Abend	Dosis Nacht

Datum:

Name:

Unterschrift: