Dr. Nadja Riess
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
Ärztezentrum Breitenlee
Arnikaweg 117
1220 Wien



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen in meiner Ordination!

Zuerst bitte ich Sie, im rechtlichen Teil die Punkte der DSVGO-Bestimmungen und einige wichtige Details zur Kenntnis zu nehmen und den Punkten durch Setzen Ihrer Unterschrift zuzustimmen.

Vorname: _____ Nachname: _____

Wohnadresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Versicherungsnummer: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Ausbildung: _____

Sind Sie beim AMS? ja ☐, seit:_____ nein ☐

DSVGO Zustimmung:

☐ Ich bin einverstanden, Terminbestätigung via SMS von der Ordination Dr. Riess zu erhalten
☐ Ich bin einverstanden, Kommunikation via WhatsApp von der Ordination Dr. Riess zu erhalten
☐ Ich bin einverstanden, E-Mails von der Ordination Dr. Riess zu erhalten

Allgemeines:

☐ Falls ich einen Termin absage, gebe ich dies mindestens 1 Tag vor dem Termin bekannt. Falls die Absage telefonisch nicht möglich ist, dann unbedingt via E-Mail absagen. Ansonsten bin ich darüber informiert, dass für einen neuen/ Ersatztermin ausnahmslos mit sehr langen Wartezeiten von mehreren Wochen zu rechnen ist!

☐ Falls Medikamente von der Ordination benötigt werden, ist vorgesehen, dass alle 3 Monate die E-Card in der Ordination gesteckt wird. Damit können Sie die online Rezeptnachbestellung nutzen oder in der Ordination anrufen und Rezepte nachbestellen.

☐ Kontrolltermine können in der Ordination oder via online Terminanfrage vereinbart werden.

☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass das Lenken eines KFZ sowie der Umgang mit Maschinen je nach entstehenden Nebenwirkungen am Beginn der Medikamenteneinnahme deutlich beeinträchtigt sein kann.

_____ _____

Datum: Unterschrift:



## Ärztlicher Anamnesebogen für Erstgespräch:

Zur Vorbereitung auf das Erstgespräch bitten wir Sie, den Anamnesebogen detailliert auszufüllen und beim Arztgespräch zu übergeben!

### 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 waren sie zuletzt an der Psychiatrie stationär?

_____

_____

### 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 ☐, wieviel: _____ nein ☐
Alkoholkonsum? ja ☐, wieviel: _____ nein ☐
Drogenkonsum? ja ☐, welche: _____ nein ☐

### 5) Allgemeine Sozialanamnese

<u>Familienanamnese:</u>

Psychische Erkrankungen in der Familie? ja ☐ nein ☐
Alkoholismus? ja ☐ nein ☐
Drogenprobleme? ja ☐ nein ☐
Suizid? ja ☐ nein ☐

Bipolar (manisch-depressiv)? ja ☐ nein ☐
Schizophrenie? ja ☐ nein ☐



Beziehungen:

Sind sie aktuell in einer Beziehung? ja ☐, seit:_____ nein ☐
Verheiratet? ja ☐, seit:_____ nein ☐
Lebensgemeinschaft? ja ☐, seit:_____ nein ☐
Geschieden? ja ☐, seit:_____ nein ☐
Verwitwet? ja ☐, seit:_____ nein ☐
Haben Sie Kinder? ja ☐, seit:_____ nein ☐

- 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 ☐, seit:_____ nein ☐
Aufrechtes Dienstverhältnis? ja ☐, seit:_____ nein ☐
Soziale Unterstützung? ja ☐, seit:_____ nein ☐
Hatten Sie Psychotherapie ja ☐, seit:_____ nein ☐
Sind sie aktuell in Psychotherapie ja ☐, seit:_____ nein ☐

## 6) Ziele:

Persönliche Ziele?

_____

_____

Berufliche Ziele?

_____

Wünsche?

_____

_____

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

## 8) Symptome:

Einschlafstörungen? ja ☐ nein ☐
Durchschlafstörungen? ja ☐ nein ☐
Vermehrter Schlaf? ja ☐ nein ☐
Albträume? ja ☐ nein ☐



| | | |
|---|---|---|
| Appetit? | ja ☐ | nein ☐ |
| Starke Unruhe? | ja ☐ | nein ☐ |
| Starke Müdigkeit? | ja ☐ | nein ☐ |
| Ängste? | ja ☐ | nein ☐ |
| Halluzinationen? | ja ☐ | nein ☐ |
| Vergesslichkeit? | ja ☐ | nein ☐ |
| Zwänge? | ja ☐ | nein ☐ |
| Gewichtsverlust? | ja ☐ | nein ☐ |
| Depressive Stimmung? | ja ☐ | nein ☐ |
| Gereizte Stimmung? | ja ☐ | nein ☐ |

## 9) Medikamente:

| Medikamentenname | Dosis Früh | Dosis Mittag | Dosis Abend | Dosis Nacht |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 10) Anmerkungen: