



Anamnesebogen Praxis M. Reichardt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in der Praxis!

Zur Anlage Ihrer Patientenakte und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir die folgenden Angaben von Ihnen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden mit der nötigen Sorgfalt behandelt.

Patient/in:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Festnetznummer:

Mobilfunknummer:

Beruf und aktuelle Tätigkeit:

Sind sie arbeitsfähig/ arbeitsunfähig ?

Familienstand und Wohnsituation:

Kinder (Alter):

Versicherungsstatus:

☐ gesetzlich

☐ privat

Hausarzt:

Unter welchen psychischen Beschwerden leiden Sie aktuell? (so genau wie möglich)

Welche psychischen Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Geben Sie bitte Vorbehandlungen an.

Machen Sie aktuell eine Psychotherapie/Gesprächstherapie? Wenn ja, bei wem?

Welche körperlichen Erkrankungen und Allergien sind bei Ihnen bekannt?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Bitte alle Medikamente angeben.

Medikament	Dosierung	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Bitte geben Sie ihren Konsum an(wie oft, wie viel, erster Konsum im Leben):

Alkohol:

Nikotin:

Drogen:

Medien:

Waren Sie in stationärer oder teilstationärer psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung?

Zeitraum	Krankenhaus/Rehaklinik/Tagesklinik

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine personen- und krankheitsbezogenen Daten, auch bei zukünftigen Vorstellungen, elektronisch in der Praxis gespeichert und ggf. an Dritte (z.B. Labore und deren Abrechnungsstellen, andere Ärzte) weitergegeben werden dürfen und ich entbinde Frau M. Reichardt diesbezüglich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Zudem bin ich über die Datenschutzverordnung informiert worden und habe die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten.

Mit der Einstellung von Befunden und Berichten in die elektronische Patientenakte bin ich

☐

einverstanden

☐

nicht einverstanden.

Teilen Sie uns Änderungen bitte sofort mit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Norderstedt, den _____

Datum:

Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreter

Name des gesetzlichen Vertreters: