

	Qualitätsmanagement Anamnesefragebogen	Dr. med. Thomas Fischer Neurologie/Psychiatrie/Psychosomatik Ahornstraße 10 19075 Pampow
--	------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anamnesefragebogen

Patient:

Geburtsdatum:

Körpergröße:

Körpergewicht:

Familienstand:

Hausarzt:

(Mobil-) Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Nächster Angehöriger:

Vorbehandlungen bei Nervenärzten?

ja nein

Wenn ja, wann und bei wem?

Vorbehandlungen bei Psychotherapeuten?

ja nein

Wenn ja, wann und bei wem?

Stationäre Vorbehandlungen in Nervenkliniken, Psychiatrie, Psychosomatik?

Wenn ja, Wo?

ja nein

Stationäre Vorbehandlungen in Psychosomatischen oder Neurologischen Rehakliniken?

Wenn ja, wo?

ja nein

Wie ist Ihr Appetit?

Wieviel Liter Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

Haben Sie Allergien? nein ja, welche?

Haben Sie eine Erkrankung an Herz, Lunge, Nieren oder Leber? Welche?

Erstellt von: BP	Freigegeben von: BP	Version: 1.3 / vom: 09.09.2021
Erstellt am: 26.04.2021	Freigegeben am: 09.09.2021	Seite 1 von 3

	Qualitätsmanagement Anamnesefragebogen	Dr. med. Thomas Fischer Neurologie/Psychiatrie/Psychosomatik Ahornstraße 10 19075 Pampow
--	------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Haben Sie einen Diabetes mellitus?

Rauchen Sie?

nein

ja, wieviel Zigaretten/Tag?

Wieviel Alkohol trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel?

ja nein

Wenn ja, welche?

Konsumieren Sie illegale Drogen?

ja nein

Haben Sie Probleme mit Glücksspielen?

ja nein

Nutzen Sie suchartig das Internet?

ja nein

Sind in Ihrer Verwandtschaft die nachfolgenden Erkrankungen bzw. Beschwerden aufgetreten:
Probleme mit Alkohol Medikamenten oder Drogen, Depressionen, Schizophrenie, Straffälligkeit,
Verfolgungsängste, Heimaufenthalte, Selbstmord oder -versuch, andere Verhaltensauffälligkeiten:

Vater: nein ja, welche?

Mutter: nein ja, welche?

Geschwister (welche): nein ja, welche?

Was ist Ihr erlernter Beruf?

Was ist Ihre derzeitige Tätigkeit?:

Arbeitgeber:

Derzeit arbeitsunfähig? nein ja, seit wann und warum?

Liegt bei Ihnen eine Behinderung (GdB) vor?

nein

ja _____ Grad der Behinderung

Grund:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Erstellt von: BP	Freigegeben von: BP	Version: 1.3 / vom: 09.09.2021
Erstellt am: 26.04.2021	Freigegeben am: 09.09.2021	Seite 2 von 3

	<p style="text-align: center;">Qualitätsmanagement</p> <p style="text-align: center;">Anamnesefragebogen</p>	<p style="text-align: center;">Dr. med. Thomas Fischer Neurologie/Psychiatrie/Psychosomatik Ahornstraße 10 19075 Pampow</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Schweigepflichtentbindung

Name:

Vorname:

Hiermit erkläre ich mein ausdrückliches Einverständnis, dass mein Hausarzt / überweisender Arzt von Dr. Fischer Befunde und Arztbriefe erhalten darf. Ich willige ebenfalls ein, dass Dr. Fischer Unterlagen und Dokumente bei Ärzten und Kliniken anfordern darf.

Pampow, den

Unterschrift:

Erstellt von: BP	Freigegeben von: BP	Version: 1.3 / vom: 09.09.2021
Erstellt am: 26.04.2021	Freigegeben am: 09.09.2021	Seite 3 von 3