

## Anamnesebogen Praxis Körtner

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, die Erhebung der Krankheitsgeschichte zu erleichtern!*

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

### Patient/in

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Emailadresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** mobil: \_\_\_\_\_ Festnetz: \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:** \_\_\_\_\_

**Kinder:**  ja, wie viele \_\_\_\_\_  nein

**Versichertenstatus:**  gesetzlich  privat

**Beihilfeanspruch:**  ja  nein

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt/ärztein:** \_\_\_\_\_

**Weitere  
Fachärzt/innen:** \_\_\_\_\_

## **Medizinische Anamnese**

**Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Bitte um Auflistung mit Dosierung!**

Medikament	Dosierung	früh	mittags	abends

**Welche körperlichen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?**

---

---

---

**Welche psychischen Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt und wann wurden diese erstmals diagnostiziert?**

Diagnose	Erstmals diagnostiziert

**Besteht eine gesetzliche Betreuung?**  ja  nein

Falls ja, für welche Bereiche? (bitte Kopie des Betreuerausweises abgeben)

---

**Besteht eine Patientenverfügung?**  ja  nein

(Falls ja, bitte eine Kopie abgeben)

**Machen Sie aktuell eine Psychotherapie/Gesprächstherapie/Psychoanalyse?**

ja  nein

Falls ja, bei wem und seit wann?

---

**Waren Sie schon einmal in tagesklinischer (teilstationärer) oder stationärer psychiatrischer Behandlung? Falls ja, wann, in welchem Krankenhaus?**

Falls ja, bitte Kopien vorhandener Arztbriefe abgeben

Zeitraum	Krankenhaus

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?**

---

---

---

---

**Sind Allergien u./o. Nahrungsunverträglichkeiten bekannt?**  ja (welche?)  nein

---

**Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?**  ja  nein

Falls ja: In welcher SSW sind Sie? Bis wann stillen Sie?

---

**Wann war das letzte EKG? Bei wem? Auffälligkeiten?**

Falls vorhanden, bitte Befund abgeben

---

**Wann war die letzte Blut-/Laboruntersuchung? Bei wem? Auffälligkeiten?**

Falls vorhanden, bitte Befund abgeben

---

***Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!***

---

Ort, Datum

Unterschrift

## **Zusatz-Anamnesebogen bei Verschreibung von Benzodiazepinen, Pregabalin**

***Damit ich die unten aufgeführten Medikamente verantwortungsvoll verschreiben kann, bitte ich Sie, die folgenden Fragen vollständig und richtig zu beantworten!***

**Welche der aufgeführten Medikamente nehmen Sie ein?**

Medikament	Einzeldosis in mg	Tagesdosis in mg bei Einnahme
Lorazepam, Tavor, Temesta, Ativan		
Alprazolam, Xanax, Xanor, Tafil		
Diazepam, Valium		
Zopiclon		
Zolpidem		
Pregabalin, Lyrica		
Anderes sog. Benzodiazepin		

**Wie häufig nehmen Sie das Medikament in den letzten Wochen ein?**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Täglich	Dreimal oder mehr pro Woche
Zweimal pro Woche	Einmal pro Woche
Mehrmals im Monat, an wie vielen Tagen?	Mehrmals im Jahr

**Wenn Sie die o.g. Medikamente regelmäßig einnehmen und einmal/plötzlich weglassen, sind dann Beschwerden aufgetreten wie z. B. Unruhe, Zittern, Schwitzen, Herzrasen, Übelkeit, Erbrechen, Verwirrtheit oder anderes?**

Falls ja, bitte näher beschreiben.

---

**Haben Sie jemals einen epileptischen Anfall gehabt? Falls ja, in welchem Jahr?**

---

**Gab es schon einmal eine Entgiftung/Entzugsbehandlung von den Medikamenten?**

Falls ja, in welchem Jahr und wo?

---

**Wie oft und wie viel Alkohol nehmen Sie zu sich?**

Zutreffendes bitte ankreuzen und Trinkmenge benennen

Täglich, wie viel?	Mehr als dreimal pro Woche, wie viel?
Zwei- bis dreimal pro Woche, wie viel?	Einmal pro Woche, wie viel?
Mehrmals im Monat, an wie vielen Tagen?	<b>Wenige Male im Jahr oder gar nicht</b>