

# Dr. med. Elke Weimann

Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie

Heinrich- Küderli- Str.2  
71332 Waiblingen  
Tel.: 07151/ 8 11 51  
Fax: 07151/ 8 11 81

## Anamnesebogen

Sehr geehrte\*r Patient\*in,  
sehr geehrte Angehörige,

um bereits vor unserem ersten Termin alle wichtigen Informationen zu haben, bitte ich Sie vorab die folgenden Fragen, so gut es geht, zu beantworten. Vielen Dank!

1. Bitte tragen Sie hier Ihre persönlichen Daten ein:

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

2. Kommen Sie

mit Überweisung

ohne Überweisung

3. Welche aktuellen Beschwerden haben Sie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Inwiefern sind Sie im Alltag durch diese Beschwerden beeinträchtigt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Fanden deswegen schon Vorbehandlungen statt?

---

---

---

6. Welche sonstigen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt, z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Asthma, Schilddrüsenerkrankungen, Tumore etc.?  
Sind Sie schon mal operiert worden?

---

---

---

7. Nehmen Sie Momentan Medikamente ein? Evtl. Medikamentenplan beilegen

Medikament	mg/Tablette	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bedarf

8. Erhalten Sie weitere Therapien (z.B. Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie...)

---

---

---

9. Sind Sie schon einmal stationär oder ambulant psychiatrisch, neurologisch oder psychotherapeutisch behandelt worden?

Ja

Nein

Wenn Ja wo?

---

---

---

10. Bestehen bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?

Ja

Nein

Wenn ja Welche?

---

---

11. Gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft neurologische oder psychiatrische Erkrankungen?

Ja

Nein

Wenn ja welche?

---

---

---

12. Sonstige Angaben:

Leiden Sie unter Schlafstörungen:

Nein

Einschlafstörung  
 Durchschlafstörung

Rauchen Sie

Nein

Ja ca. \_\_\_\_ St./Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nein

Ja

Sind Sie schwanger?

Nein

Ja

13. Angaben zur familiären, sozialen und beruflichen Situation:

Welchen Schulabschluss haben Sie?

---

Welche Berufsausbildung/Studienabschluss haben Sie?

---

Welchen Beruf üben Sie aus?

---

Sind Sie arbeitslos?  Nein  Ja  berentet

Haben Sie einen Antrag auf Berentung und/oder einen Schwerbehindertenausweis beantragt?  Nein  Ja  Berentung  Schwerbehindertenausweis

Sind Sie aktuell krankgeschrieben?  Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder?  Nein  Ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Haben Sie Geschwister?  Nein  Ja

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?  Nein  Ja

Wenn ja, bitte Name, Telefonnummer, Betreuungsbereich und Aktenzeichen angeben:

---

---

Gibt es jemanden, dem Sie eine Vorsorgevollmacht erteilt haben?  Nein  Ja

Haben Sie Hobbys?  Nein  Ja

Wenn ja, welche?

---

---