Medizinische Anamnese Version 2019

© Beltz-Verlag 2019

Name: _____ Geb.-Datum: _____ Alter: _____

Behandelnde/-r Psychotherapeut/-in der Praxis: _____

Behandelnde Ärzte/Ärztinnen (Name und Ort):

1.) _____ _____

2.) _____ _____

3.) _____ _____

Erkrankungen der Eltern und Geschwistern:

Erkrankungen	Vater	Mutter	Geschwister
Herz-Kreislauferkrankungen	☐	☐	☐
Erkrankungen der inneren Organe (Niere, Leber, Milz, Lunge, Magen-Darm etc.)	☐	☐	☐
Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüse, Hormonstörungen, Diabetes etc.)	☐	☐	☐
Neurologische Erkrankungen	☐	☐	☐
Krebserkrankungen	☐	☐	☐
Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Essen etc.)	☐	☐	☐
Psychische Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen, Psychosen etc.)	☐	☐	☐
Sonstige Erkrankungen	☐	☐	☐

Eigene körperliche Vorerkrankungen und aktuelle körperliche Erkrankungen:

Erkrankungen		Was genau? Zeitpunkt oder Zeitraum?
Herz-Kreislauferkrankungen	☐ Ja ☐ Nein	
Erkrankungen der inneren Organe (Niere, Leber, Milz, Lunge, Magen-Darm etc.)	☐ Ja ☐ Nein	
Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüse, Hormonstörungen, Diabetes etc.)	☐ Ja ☐ Nein	

Eigene körperliche Vorerkrankungen und aktuelle körperliche Erkrankungen:

Erkrankungen		Was genau? Zeitpunkt oder Zeitraum?
Neurologische Erkrankungen	☐ Ja ☐ Nein	
Krebserkrankungen	☐ Ja ☐ Nein	
Sonstige Erkrankungen	☐ Ja ☐ Nein	
Unfälle	☐ Ja ☐ Nein	
Operationen	☐ Ja ☐ Nein	
Allergien	☐ Ja ☐ Nein	

Für Frauen: Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein Verhüten Sie? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Pille ☐ Spirale ☐ anders: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche? Nennen Sie bitte den Medikamentennamen und wie oft Sie es einnehmen:

Medikamente: Einnahme (z. B. 1 – 0 – 0 – 1)

1.) _____ _____

2.) _____ _____

3.) _____ _____

4.) _____ _____

5.) _____ _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte bringen Sie alle Befunde und Arztbriefe der letzten 2 Jahre in Kopie mit in die Praxis!