



**Bitte den Anamnesebogen vor Aufnahme per Post oder als Fax an uns zurücksenden:  
Faxnummer: 02681 943 111**

## Formular

### Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

#### **Impfstatus COVID 19 Impfung:**

1. Impfung am: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

2. Impfung am: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Booster Impfung am: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Booster Impfung am: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Genesenen Status:

Abhängigkeit:  Alkohol 1  
 Medikamente 2  
 Drogen 3  
 Essstörungen 5

Entgiftungsbehandlung:  ambulant durchgeführt  
 stationär durchgeführt

Wo: \_\_\_\_\_

Dauer: \_\_\_\_\_

Bei dieser Frage können mehrere Kästchen angekreuzt werden.


Hausärztin/-arzt: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

: \_\_\_\_\_

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

Ort: \_\_\_\_\_

Ersteller/Bearbeiter	Datum	Freigabe durch	Änderungsstand	Seite
QMB Patzwald	01.09.2022		00	1 von 9



Familienstand:  verheiratet 1  
 ledig 2  
 geschieden 3  
 verwitwet 4

Name & Adresse Angehörige/ Partner/in:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ☎: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Konfession:  keine Konfession 0  
 evangelisch 1  
 katholisch 2  
 sonstige: 3  
 \_\_\_\_\_

Lebenssituation:  allein bzw. getrennt lebend 1  
 mit einem Ehe- oder sonst. Partner zusammenlebend 2  
 bei den Eltern lebend 3  
 ohne festen Wohnsitz 4  
 sonstiges: \_\_\_\_\_ 5

**1. Haben Sie **aktuell** irgendwelche körperlichen Beschwerden?**

Wo?	Seit wann?	Wie häufig?	Was tun/taten sie dagegen?

**2. Suchtvorgeschichte: Welche suchtauslösenden Stoffe haben Sie konsumiert?**

Alkohol	JA	NEIN	Erstkonsum im Alter von:	Zeitraum von – bis:	Zuletzt?
<b>Was wurde konsumiert?</b>					



Nikotin	JA	NEIN	Erstkonsum im Alter von:	Zeitraum von – bis:	Zuletzt?
Wie viele Zigaretten/Tag:					

Drogen	JA	NEIN	Erstkonsum im Alter von:	Zeitraum von – bis:	Zuletzt?
- Opiate					
- Kokain					
- LSD					
- Amphetamine					
- Cannabis					
- Marihuana					
- Methadon					
- Subutex					
- andere					

Suchtauslösende Medikamente	JA	NEIN	Erstkonsum im Alter von:	Zeitraum von – bis:	Zuletzt?
- Beruhigungsmittel Name:					
- Schlafmittel Name:					
- Schmerzmittel Name:					

Haben Sie schon mal Psychopharmaka eingenommen? Ja  Nein

Wann und welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Wie viele Entzugsbehandlungen hatten Sie?

Entzugsbehandlungen wo?	Von wann bis wann?

Ist dies Ihre erste Langzeitbehandlung?

Ja  Nein

Wenn nein, vorherige Langzeitbehandlungen (Reha) wo?	Von wann bis wann?

Gab es sonstige stationäre psychiatrische Behandlungen? Ja  Nein

Wenn Ja Grund?	Wo?	Von wann bis wann?

Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?  ja  nein

Wenn ja: wie häufig? Wie und wann zuletzt?

Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt? (Schneiden, ritzen, absichtliches Gegen-die-Wand-schlagen, Haare ausreißen etc.). Wenn JA, wann und wann zuletzt?

Ersteller/Bearbeiter	Datum	Freigabe durch	Änderungsstand	Seite
QMB Patzwald	01.09.2022		00	4 von 9



In folgender Tabelle werden einige mögliche Komplikationen der Suchterkrankung aufgezählt. Bitte kreuzen Sie an, ob diese bei Ihnen festgestellt wurden.

	JA	NEIN	Häufigkeit	Wann zuletzt?
Krampfanfall				
Delirante Symptomatik				
Leberschaden				
Hepatitis B oder C				
Bauchspeicheldrüsenentzündung				
Magenentzündung				
Nervenentzündungen an Fingern oder Füßen				
Psychose durch die Suchtmittel				
HIV-Infektion				
Längerfristige Niedergeschlagenheit (>2 Wochen)				



**3. frühere Erkrankungen / Unfälle oder Operationen.** Zutreffendes bitte ankreuzen und rechts daneben erläutern (z.B. Krankenhausaufenthalte, wann? was? wo?).

	JA	NEIN	Wenn JA genauere Angaben
Lungenkrankheiten			
Herz-Kreislauf-Krankheiten			
Magenkrankheiten			
Darmerkrankungen			
Lebererkrankungen			
Nierenerkrankungen			
Augenerkrankungen			
Ohrenerkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Krebs			
Zuckererkrankung			
Orthopädische. Erkrankungen (Rücken, Knie usw.)			
Unfälle			
Operationen			
Allergien			
Hauterkrankungen			
Sonstige Erkrankungen			



4. Nehmen Sie derzeit irgendwelche **Medikamente** ein? Wenn JA, welche und in welcher Dosierung?

**Bitte geben Sie die aktuelle Körpergröße sowie ihr aktuelles Gewicht an:**

**Körpergröße:**

**aktuelles Gewicht:**

Haben Sie größere Gewichtsschwankungen?  ja  nein

Zunahme in Kilogramm:

Abnahme in Kilogramm:  
In welchem Zeitraum?

Erbrechen Sie? (absichtlich?) Wenn JA, wie häufig?  ja  nein

Haben Sie Essanfälle? Wenn JA, wie häufig?  ja  nein

Trinken Sie 1 ½ - 2 Liter Flüssigkeit pro Tag?  ja  nein

Regelmäßiger Stuhlgang?  ja  nein

Regelmäßiges Wasserlassen?  ja  nein


Benutzen Sie regelmäßig Abführmittel?  ja  nein

Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen?  ja  nein

Wie viele Stunden schlafen Sie etwa pro Nacht?

Schwitzen Sie besonders viel?  ja  nein

Haben Sie häufig Kopfschmerzen?  ja  nein

Ersteller/Bearbeiter	Datum	Freigabe durch	Änderungsstand	Seite
QMB Patzwald	01.09.2022		00	7 von 9



### 5. Frauenärztliche Vorgeschichte:

Erste Regel mit \_\_\_\_\_ Jahren. Letzte Regel (Datum): \_\_\_\_\_

Sind die Blutungen einmal länger als 3 Monate ausgefallen?  ja  nein

Haben Sie Schmerzen bei der Regel?  ja  nein

Haben Sie Unregelmäßigkeiten bei der Regel?  ja  nein

	ANZAHL	WANN?
Schwangerschaften		
Geburten		

Verhüten Sie? Wenn JA, womit? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte frauenärztliche Untersuchung? (Mit Krebsvorsorge?) (Datum): \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr behandelnder Nervenarzt oder Psychiater?

Name: .....

Straße: .....

Ort: .....

**Sollten Sie in Behandlung (gewesen) sein, senden Sie uns bitte den Bericht hiervon zu.**

Ersteller/Bearbeiter	Datum	Freigabe durch	Änderungsstand	Seite
QMB Patzwald	01.09.2022		00	8 von 9





## 7. Familienanamnese:

Gibt es in der Familie schwerwiegende Erkrankungen? Beispielsweise

	JA	NEIN	WER?
Tuberkulose (Lungenerkrankung)			
Zuckerkrankheit			
Steinleiden			
Bluthochdruck			
Schlaganfall			
Herzinfarkt			
Krebs			
Psychische Erkrankungen			
Selbstmordversuche			
Suchterkrankungen (mit welchem Suchtmittel?) Noch bestehendem Konsum?)			
Sonstiges			

Wie alt ist Ihre Mutter? \_\_\_\_\_ Jahre  
 Falls schon verstorben, Sterbejahr \_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren.  
 Todesursache? \_\_\_\_\_

Wie alt ist Ihr Vater? \_\_\_\_\_ Jahre  
 Falls schon verstorben, Sterbejahr \_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren.  
 Todesursache? \_\_\_\_\_

Haben Sie Geschwister? Anzahl \_\_\_\_\_, Alter/Bruder od. Schwester \_\_\_\_\_

Falls schon verstorben, Sterbejahr \_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren.  
 Todesursache? \_\_\_\_\_