



PRAXIS ENGELHARDT
Psychiatrie & Psychotherapie

Kuhlenstr. 2, 26655 Westerstede, Tel.: 04488-7389738, Fax.: 04488-7389739,
E-Mail: anmeldung@engelhardt-praxis.de

Anamnesebogen

Patient

Name Vorname geb.

Tel. (Privat) **E-Mail**

Tel. (Mobil) **Beruf**

Hausarzt **Krankenkasse**

Name Ort

Rauchen Sie? Ja Nein **Sind Sie Schwanger?** Ja Nein

Treiben Sie Sport? Ja Nein **Trinken Sie Alkohol?** gelegentlich regelmäßig Nein

Allergien? Ja Nein Wenn ja welche:

Medikamentenunverträglichkeiten? Ja Nein Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- Bluthochdruck Herzrhythmusstör. Herzinfarkt Schlaganfall Thrombose
 Lebererkrankung Nierenerkrankungen Diabetes mellitus Schwindel Krampfanfälle
 Gemütskrankheiten Suchterkrankungen Kopfschmerzen Migräne Blutungsneigung
 Krebserkrankungen Chron. Infektionen Hepatitis HIV sonstiges

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Herzrhythmusstör. Herzinfarkt Schlaganfall Allergien
 Krebserkrankungen Muskelerkrankungen Kopfschmerzen Migräne Gangstörungen

Nehmen sie aktuell Medikamente ein? Ja Nein Wenn ja, welche?

Trinken Sie: Cranberrysaft? Ja Nein Grapefruitsaft? Ja Nein

In unserer Praxis wird Ihnen möglicherweise ein neues Medikament rezeptiert. Wie bei allen pflanzlichen und chemischen Medikamenten können Nebenwirkungen und bisher auch noch nicht bekannte Nebenwirkungen auftreten.

Ich werde ergänzend den Beipackzettel des Medikamentes lesen und mich über das Medikament, die Wirkung und mögliche Nebenwirkungen informieren.

Mir ist bekannt, dass bei nicht wahrgenommenen Terminen, ohne vorherige Abmeldung, eine Rechnung über 20 Euro (zuzüglich 19%MwST) Ausfallhonorar erstellt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass nicht beglichene Privatrechnungen an die PVS weitergeleitet werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift