



Anamnesebogen

Diese Daten unterliegen dem Datenschutz!

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Medizinisches Versorgungszentrum für Neurologie und Psychotherapie Pirna

Kontakt/ Telefonnummer

Privat: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Nächste Angehöriger (im Notfall zu informieren, Adresse, Tel.-Nr.): _____

Lebenssituation: ☐ allein lebend ☐ mit (Ehe-)Partner/in ☐ betreutes Wohnen
☐ mit/bei Kindern ☐ Pflegeeinrichtung

Erlerner Beruf: _____ Derzeitige Tätigkeit: _____

Schwerbehindertenausweis: ja ☐ / nein ☐ Grad der Behinderung: _____ %
Merkzeichen: G ☐ / aG ☐ / B ☐

Pflegegrad: ja ☐ / nein ☐ Wenn ja, welche: _____

Vorerkrankungen / Operationen / Krankenhausaufenthalte

- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____

Familiäre neurologische Erkrankungen / Anfallsleiden:

ja ☐ / nein ☐ Welche: _____

Herzschrittmacher: ja ☐ / nein ☐

Blutverdünnende Medikamente: ja ☐ / nein ☐

Schlafstörung: ja ☐ / nein ☐

Beschwerden beim Stuhlgang: ja ☐ / nein ☐

Beschwerden beim Wasserlassen: ja ☐ / nein ☐

Rauchen: ja ☐ / nein ☐

Alkohol täglich: ja ☐ / nein ☐

____ Zigaretten tgl.

Medikamente: ja ☐ / nein ☐

(Bitte legen Sie uns Ihren Medikamentenplan vor!)

-Medikament: _____ Dosierung: _____

-Medikament: _____ Dosierung: _____

-Medikament: _____ Dosierung: _____

Datum / Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!!!