



Praxis Dr. med. Anne Weidner-Heisig
FACHÄRZTIN FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Fragebogen Erstgespräch

Name : _____ Geb. Datum: _____

1. Seit wann bestehen Ihre aktuellen Symptome ca.?

--

2. Waren Sie wegen dieser Symptome schon in Behandlung? JA NEIN

Falls ja, bei welchem Arzt und wann?

Falls ja, in welcher Klinik und wann?

3. Haben Sie körperliche Vorerkrankungen? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Herzerkrankungen)

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (incl. psychiatrischer Medikation)?

JA NEIN

Wenn ja, welche? Wir kopieren auch gerne Ihren Medikamenten-Plan!

5. Gibt es psychiatrische Medikamente, die Sie bisher nicht vertragen haben?

JA **NEIN**

Wenn ja, welche und welche Unverträglichkeitsreaktionen gab es?

6. Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen?

JA **NEIN**

Wenn ja, welche?

7. Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten/Allergien bekannt?

JA **NEIN**

Wenn ja, welche?

8. Ich bin mit der Übersendung des Arztbriefes an meinen Hausarzt/überweisenden Arzt einverstanden.

JA **NEIN**

Wenn ja,

Name des Hausarztes: _____

Name des überweisenden Arztes (falls abweichend): _____

9. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angehörigen Rezepte/Überweisungen in meinem Namen abholen dürfen.

JA **NEIN**

10. Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____

11. Telefonnummer für Rückfragen/Organisatorisches: _____

Datum: _____ **Unterschrift Patient:** _____