



Rathausstraße 31
21423 Winsen (Luhe)

Fon: 0 41 71 – 6 79 69 49
Fax: 0 41 71 – 6 79 69 44

Kontakt@Psychiatrie-Winsen.de
<https://Psychiatrie-Winsen.de>

Anamnesebogen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße und Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____

Mobilnummer: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Beruf: _____

Derzeitiger Arbeitgeber: _____

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig geschrieben, falls ja, seit wann? _____

Hausarzt (Name; Ort): _____

Nehmen Sie derzeit eine Psycho-/Gesprächstherapie in Anspruch oder ist in der Vergangenheit eine solche Therapie erfolgt? Falls ja, bei wem? (Name, Ort)

Welche anderen Ärzte suchen Sie regelmäßig auf? (Name, Ort)

Welche körperlichen und psychischen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Sind bereits psychiatrische Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlungen erfolgt? (Zeitraum, Name der Klinik)

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Name	Tablette/Tropfen	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Besteht eine gesetzliche Betreuung? Falls ja, wer ist Betreuerin/Betreuer und für welche Aufgabenkreise besteht die Betreuung? (Post, Finanzen, Wohnung, Gesundheit, Behördenangelegenheiten, Aufenthaltsbestimmung)
