

P

SZ

BG

Stat.



Dr. Astrid Gendolla
Fachärztin für Neurologie
Spezielle Schmerztherapie
Psychotherapie

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor der ersten Behandlung aus.

Name: _____

Beruf: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung ambulant: _____

Versicherung stationär: _____

Überweisender Arzt (Name/Adresse/Tel.): _____

1. **Meine aktuellen Beschwerden** (in Stichworten):

.....
.....
.....

2. **Vorerkrankungen:**

.....
.....
.....

3. **Aktuelle Medikation:**

.....

4. **Eventuelle Vorbehandlung:**

.....

5. **Allergien:**

.....

6. **Rauchen Sie?** Ja Nein

7. **Wie oft trinken Sie Alkohol?** Regelmäßig Manchmal Nie

8. **Familiär gehäufte Erkrankungen:**

.....