



# Anamnese-Fragebogen

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wir heißen Sie herzlich in unserer Praxis willkommen. Die untenstehenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Bedeutung. Falls Sie bei einer Angabe unsicher sind, setzen Sie bitte ein Fragezeichen. Alle Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Am Ende des Dokuments bestätigen Sie bitte die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Kinder

Kurze Beschreibung der aktuellen Beschwerden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist bereits eine Diagnose bekannt?:  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen diese Beschwerden?: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente werden zur Zeit eingenommen?:  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

Bisherige Erfahrungen mit Psychotherapie: \_\_\_\_\_

Wenn ja: Wie lange ist der Abschluss der letzten PT her?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Dr. Alexa Schreyll

Praxis für Psychotherapie  
Tel.: +49 (0) 1590 – 644 8407  
Mail: alexa.schreyll@googlemail.com

Bank: Sparkasse Schwaben Bodensee  
IBAN: DE 0273 1500 0000 3106 7689  
BIC: BYLADEM1MLM

Praxis Königsbrunn  
Junkerstraße 15a  
86343 Königsbrunn

Praxis Mering  
Luitpoldstraße 24B  
86415 Mering