

Anamnese Fragebogen

Name Geburtstag

Vorname Tel. privat

Straße Tel. beruflich

PLZ, Ort Mobil

Beruf E-Mail

Wer hat uns empfohlen? Familienstand/Kinder

Bei Minderjährigen: Name und

Geburtsdatum des Versicherungsnehmers.....

Gesetzliche Betreuung durch:

Name:

Adresse:

Telefon

E-Mail

Schwerbehindertenausweis, Grad, Merkzeichen

Welche Behinderung besteht?

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit!

- Versicherung:**
- gesetzlich (AOK, DAK, BKK usw.)
 - Beihilfe/Post
 - private Krankenversicherung/Welche?

Beschreibung der behinderungsbedingten Einschränkungen von Aktivität und Teilhabe in folgenden Bereichen: *

Individuelle Basisversorgung (z.B. Ernährung, Körperpflege, Wechseln der Kleidung, Baden/Duschen) *

Alltägliche Lebensführung (z.B. Einkaufen, Kochen, Wäschepflege, Wohnraumreinigung, Umgang mit Geld/Behörden...) * Gestaltung sozialer Beziehungen (z.B. Zusammenleben mit Anderen, Nachbarschaft, Gestaltung Kontakte zu Familie, Freunde, Partnerschaften...) *

Arbeit / Beschäftigung / Freizeitgestaltung / Tagesstruktur (z.B. Eigenbeschäftigung, Teilnahme an Veranstaltungen, Arbeitsaufnahme...) *

Kommunikation (z.B. Sinnesbeeinträchtigungen, allgemeine Kommunikation, zeitliche und räumliche Orientierung) *

Psychische Hilfen (z.B. Antrieb, Körpererleben, Ängste, Zwänge, paranoider und affektiver Symptomatik, Selbst- oder Fremdgefährdung) *

Medizinische Hilfen (z.B. körperliche Einschränkungen, Behandlungspflege, Suchterkrankung, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme.)

Welche Hilfsmittel besitzen Sie?

Welche Therapien nehmen Sie zurzeit in Anspruch?

Datum Unterschrift des Patienten/ Betreuer/in