



II. Familiäre, soziale und berufliche Situation

Welchen Beruf üben oder übten Sie aus?

Vollzeit Teilzeit Hausfrau/-mann erwerbslos berentet

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? Nein Ja

_____ % GdB Merkzeichen: _____

Haben Sie einen Antrag auf Berentung und/oder einen Schwerbehindertenausweis beantragt?

Nein Ja
 Berentung
 Schwerbehindertenausweis

Sind Sie aktuell krankgeschrieben?

Nein Ja, seit _____

Familienstand

ledig verheiratet
 geschieden verwitwet

Haben Sie Hobbies?

Nein Ja

Welche Hobbies haben Sie?

III. Sozialrechtliche Versorgung und Hilfsmittel

Hilfsmittel

Brille Hörgeräte Orthesen Rollstuhl Gehhilfen

Prothesen Sonstige: _____

Pflegegeld

Nein Ja Stufe 1 2 3



IV. Angaben zu anderen vertretungsrechtlichen Personen/Stellen

(falls zutreffend bitte ausfüllen)

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? Nein Ja

Seit wann?

In welcher Beziehung steht diese zu Ihnen?

Name, Vorname der gesetzlichen Betreuung

Anschrift

Festnetz- und Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Betreuungsbereich

Gibt es jemanden, dem Sie eine Vorsorge-
Vollmacht erteilt haben? Nein Ja



V. Vorstellungsanlass

a. Aus welchem Grund stellen Sie sich in unserer Praxis vor?

b. Seit wann bestehen die Probleme?

c. Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung in unserer Praxis?

VI. Gesundheitliche Probleme und ärztliche Betreuung

Neurologische Krankheiten (z.B. Epilepsie, Muskelerkrankungen, Kopfschmerzen oder Bewegungsstörungen)

Andere Krankheiten (z.B. Herz, Lunge, Niere, Bauch, Muskulatur und Gelenke, psychiatrische Erkrankungen, Allergien)

Werden derzeit Medikamente eingenommen?

Name des/der Medikament(e): _____

Dosierung: _____

Seit wann: _____

Grund der Verschreibung: _____



Name des/der Medikament(e): _____

Dosierung: _____

Seit wann: _____

Grund der Verschreibung: _____

Sind Sie in weiterer fachärztlicher Behandlung? Ja Nein

Weshalb und bei wem (Name und Telefonnummer)

Krankenhausaufenthalte, Unfälle, Operationen

Welche Befunde/Berichte sind vorhanden?

Bericht HNO vorhanden

Bericht Neurologe vorhanden

Bericht Reha vorhanden

Bericht Krankenhaus vorhanden

Sonstige Befunde/Berichte vorhanden

Welche? _____

! Bitte laden Sie ggf. Vorbefunde über unsere Homepage hoch oder bringen Sie diese zum Erstgespräch mit !



VII. Therapien und Vorbehandlungen

Erhalten Sie aktuell weitere Therapien?

Physiotherapie Osteopathie Logopädie Ergotherapie

Musiktherapie ambulante Psychotherapie

teil-/stationärer Aufenthalt in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen

sonstiges: _____

! Bitte laden Sie ggf. Vorbefunde über unsere Homepage hoch oder bringen Sie diese zum Erstgespräch mit !

VIII. Sonstiges:

Gibt es aktuell weitere wichtige körperliche oder psychische Beschwerden oder Belastungen, die bisher noch nicht genannt wurden? *(Schlafprobleme, Schmerzen, akute oder chronische Erkrankungen, psychische Probleme, Belastungssituationen)*

Beim Patienten:

Innerhalb der Familie:

Vielen Dank für das Ausfüllen unseres Eingangsanamnesebogens. Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

Ihr Cooperando Team



Mit untenstehender Unterschrift bestätige/n ich/wir, dass o.g. Angaben korrekt sind.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/Klienten/gesetzlichen Vertreters

Name in Druckbuchstaben: _____