Psychosoziale Anamnese

Schmerzzentrum Taunus

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Personenstand

Ledig ___ mit Partner ___ verheiratet ___ getrennt lebend ___

Geschieden ___ verwitwet ___ allein lebend ___ Kinder Anzahl ___ Enkelkinder Anzahl ___

Bei Minderjährigen : Name und Adresse eines Erziehungsberechtigten

_____ _____

Wie wird der Haushalt erledigt?

alleine___ mit Hilfe___

Gab es Todesfälle?

Nein __ ja __ Wer? _____ Wann?_____

Berufsstatus

Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____

Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus? _____ Seit wann? _____

Tätigkeit: sitzend __ stehend __ laufend

Wie wird die Tätigkeit empfunden? Körperlich belastend __ seelisch belastend __

Status: arbeitsunfähig __ arbeitsfähig __ arbeitslos__ Rentner __

Rente beantragt: ja __ nein __ auf Zeit ggf. __ seit wann? _____

Allergien _____

Medikamente

_____

_____

Allgemeines

Von welchem Arzt wurden Sie zu uns überwiesen (Adresse)?

_____

Wer ist Ihr Hausarzt (Adresse)?

_____

Unter welcher Telefonnummer und email-Adresse können wir Sie erreichen?

_____

Schmerzzentrum Taunus
Frankfurter Str. 12c
61462 Königstein

Telefon: 06174 / 23 023
praxis@schmerzzentrum-taunus.de
www.schmerzzentrum-taunus.de