



Anamnesebogen – Erwachsene Logopädie

Vor Deinem ersten Termin bitten wir Dich diesen Anamnesebogen in Ruhe auszufüllen. Dies ermöglicht uns die Behandlungszeit effektiver zu nutzen und Dir die nötige Zeit zum Eintragen Deiner Daten zu geben.

Bitte fülle den Bogen nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß aus. Beim ersten Termin werden wir diesen dann noch einmal gemeinsam durchgehen.

Personalien:

Nachname Vorname
Geburtsdatum
Muttersprache

Deine Adresse:

Straße/Nr.
PLZ Wohnort
Telefon 1
Telefon 2
E-Mail

Kontaktperson/gesetzlicher Betreuer (falls zutreffend):

Vor- und Nachname Kontaktperson
Beziehung zum Patienten Telefonnummer

Wichtige Informationen:

Allergien
Ernste Erkrankungen (z.B. Epilepsie).....
Medikamente



Anamnesebogen – Erwachsene Logopädie

Welche Befunde/Berichte sind vorhanden?

- Bericht HNO vorhanden
- Bericht Neurologe vorhanden
- Bericht Reha vorhanden
- Bericht Krankenhaus vorhanden
- Sonstige Befunde/Berichte

Der Grund Deines Besuches

Bitte kreuze an, welche Störungsbilder auf dich zutreffen:

- Schluckstörung Stimmstörung Sprach-/Sprechstörung Gesichtslähmung
- Sonstige:

Bitte kreuze an, welche Ursachen den Symptomen zugrunde liegen:

- Schlaganfall
- Operation (Welche?)
- Verletzungen (Welche?)
- andere neurologische Erkrankung (z.B. Parkinson):
- Unbekannt

Ernährung (nur bei Schluckstörungen)

- Orale Nahrungsaufnahme? Nein, sondern
 Ja

- Kostanpassungen? Nein
 Ja, welche?

- Normalgewichtig Übergewichtig Untergewichtig



Anamnesebogen – Erwachsene Logopädie

Begleitsymptomatik

- | | | |
|-------------------|-------------------------------|--|
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Lähmungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? |
| Pflegestufe | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? |
| Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? |
| Trachealkanüle | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Gedächtnisstörung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Krankheitsverlauf und Therapien

Die Beschwerden bestehen seit

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------|--|
| Krankenhausaufenthalt | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, von bis |
| Rehaaufenthalt | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, von bis |
| Bisherige Logopädie? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, von bis..... |
| Ergotherapie? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, von bis..... |
| Physiotherapie? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, von bis..... |
| Psychotherapie? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, von bis..... |

Sonstige Therapien und Behandlungen? Nein Ja, welche?

Bestehende Erkrankungen

- Erkrankungen des/der:
- | | | |
|---------------------------|-------------------------------|--|
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? |
| Bewegungsapparats | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? |
| Kiefers/Zähne | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? |
| Atemwege | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? |
| Verdauungstraktes | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? |
| Stoffwechsels | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche? |
- Sonstige



Anamnesebogen – Erwachsene Logopädie

Möchtest Du uns sonst noch etwas mitteilen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter