

Patientenangaben

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ /Ort: _____

Tel.: _____ Geb.-Dat.: _____

Anamnesebogen

1. Welche akute Beschwerden haben Sie zur Zeit?

- Welche **Beschwerden** haben Sie **momentan bzw.** warum kommen Sie ?

- Wo sind die Beschwerden genau?

- Wie fühlen sich die Beschwerden an? Strahlen sie aus?

- Wann und wie hat es begonnen? Gab es einen Ihnen bekannten Auslöser?

2. Chronische Krankheiten und frühere Erkrankungen

- Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes...)? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Haben Sie Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Hatten Sie, im Lauf des Lebens, Unfälle (z.B. Autounfall, Stürze...) gehabt? Ja Nein
Wenn ja, wann?

- Haben Sie Operationen gehabt? Ja Nein
Wenn ja, welche? Wann?

- Haben Sie schwere Krankheiten durchgemacht? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Haben Sie Kinderkrankheiten durchgemacht? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Haben sie psychiatrische Vorerkrankungen (Depression, Phobie...)? Ja Nein
Wenn ja, welche?

3. Medikamente

- Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Seit wann und wogegen nehmen Sie diese Medikamente?

- Nehmen Sie Abführmittel? Schlafmittel? Nahrungsergänzungsmittel? Homöopathische Mittel?

4. Schaffen wir einen Überblick?

- Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja Nein
- Leiden Sie unter Schwindel? Ja Nein
Wenn ja, was löst Schwindel aus?

- Leiden Sie unter Veränderungen des Sichtfeldes? Ja Nein
- Leiden Sie unter Veränderungen des Hörbereiches? Ja Nein
- Schwitzen Sie nachts viel? Ja Nein
- Haben Sie (ohne Absicht) stark abgenommen? Ja Nein
- Haben Sie (ohne Absicht) stark zugenommen? Ja Nein
- Haben Sie öfters Fieber oder erhöhte Temperatur? Ja Nein
- Haben Sie öfters erniedrigte Temperatur? Ja Nein
- Treten bei Ihnen schnell blaue Flecken auf? Ja Nein
- Heilen bei Ihnen Wunden schlecht aus? Ja Nein
- Leiden Sie unter Schmerzen, Druck oder Stechen in der Herzgegend? Ja Nein
- Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern? Ja Nein
- Leiden Sie unter Blutdruckprobleme? Ja Nein
- Leiden Sie unter Husten? Ja Nein
Wenn ja, wie lange schon?

- Ist beim Husten ein Auswurf dabei? Ja Nein
Wenn ja, wie ist der Auswurf (Farbe? Konsistenz?)?

- Ist Blut im Auswurf? Ja Nein
- Haben Sie Halsschmerzen? Ja Nein
- Haben Sie Schmerzen oder Probleme beim Schlucken? Ja Nein
- Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Leiden Sie unter Atemnot? Ja Nein
Wenn ja, wie lange schon?

- Wie ernähren Sie sich überwiegend? Gemüse – Fleisch – Fisch – Obst - Süßigkeiten?

- Leiden Sie unter Bauchschmerzen? Ja Nein
Wenn ja, wo im Bauch (rechts, links, oberhalb-unterhalb Nabel...)?

- Leiden Sie unter Appetitlosigkeit? Ja Nein
- Haben Sie eine plötzliche Abneigung gegen bestimmte Speisen? Ja Nein
- Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen? Ja Nein
Wenn ja, wann?

- Leiden Sie unter Sodbrennen? Ja Nein
- Leiden Sie unter Blähungen? Ja Nein
- Haben Sie täglich Stuhlgang? Ja Nein
Wenn nein, welche Stuhlfrequenz besteht bei Ihnen? Seit wann ist das so?

- Leiden Sie unter Durchfall? Ja Nein
Wenn ja, wie häufig/Tag? Seit wann ist das so?

- Leiden Sie unter Verstopfung? Ja Nein
Wenn ja, wie oft?

- Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt? Ja Nein
- Haben Sie Schmerzen oder ein Brennen beim Wasserlassen? Ja Nein
- Bemerkten Sie Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe? Ja Nein
- Haben Sie Blut im Urin festgestellt? Ja Nein
- Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurückzuhalten? Ja Nein
Wenn ja, wann (bei Belastung? In Ruhe?)

- Bemerkten Sie eine Abschwächung des Harnstrahls oder ein Nachtröpfeln? Ja Nein
- Müssen Sie nachts regelmäßig aufstehen, um Wasser zu lassen? Ja Nein
- Liegen oder lagen Nierensteine bei Ihnen vor? Ja Nein
- Leiden Sie unter Juckreiz und/oder Hautveränderungen? Ja Nein
- Leiden sie unter Gewebe- oder Gelenkschwellungen? Ja Nein
Wenn ja, welches Gewebe/Gelenk? Wann entsteht die Schwellung?

5. Gynäkologische Anamnese der Frau:

- Sind sie schwanger? Ja Nein
- Wie lange ist die Zyklusdauer?
- Wie ist die Blutungsstärke (schwach – normal – stark)?
- Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Haben Sie Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr? Ja Nein
- Wie verhüten sie? (Pille? Spirale? 3-Monats-Spritze? Stäbchen?)

6. Spezifische Anamnese des Mannes:

- Leiden Sie unter Erektionsstörungen oder Impotenz? Ja Nein
- Leiden Sie unter einer Hodenschwellung? Ja Nein
- Leiden Sie unter Schmerzen im Hodenbereich? Ja Nein

- Haben Sie Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr? Ja Nein
- Wie verhüten Sie?

7. Wie fühlen Sie sich im Leben?

- Wie ist Ihr körperliches Allgemeinbefinden (gut – normal – schlecht)?
- Wie ist Ihr geistig-seelisches Allgemeinbefinden (gut – normal – schlecht)?
- Sind Sie öfters krank? Ja Nein
- Fühlen Sie sich leistungsfähig? Ja Nein
- Was sind Ihre Hobbys?

- Gehen Sie sportlichen Betätigungen nach? Ja Nein
Wenn ja, welche und wie oft?

- Haben Sie Sorgen? Ja Nein
- Haben Sie Ängste oder Phobien? Ja Nein
- Leiden Sie unter Schlafstörungen? Ja Nein
- Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viel täglich?
- Trinken Sie Alkohol? Ja Nein
Wenn ja, wie viel?
- Welche Tätigkeiten üben Sie beruflich aus?
- Leben Sie in einer Partnerschaft? Ja Nein
- Haben Sie Kinder? Ja Nein
Wenn ja, wie viele? Wie alt?

- Gibt es chronische Erkrankungen bei den Eltern und nahen Verwandten?
(z.B. Krebs, Diabetes mellitus, Herz- Kreislauf, Lunge)? Ja Nein
Wenn ja, welche?

8. Haben Sie besondere Fragen oder Bemerkungen?

- Gibt es Beschwerden, die nicht abgefragt wurden?
- Gibt es vielleicht noch etwas, was wir wissen sollten?