

Anamnesebogen

Lieber Patient, liebe Patientin,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

PLZ und Wohnort _____

Straße _____

Beruf _____

Familienstand _____

E-Mail-Adresse _____

Telefonnummer _____

Freie Schilderung der aktuellen Beschwerden, wegen der die Praxis aufgesucht wird:

Was? (freie Schilderung) _____

Wo? (Lokalisation) _____

Wie? (z.B. Schmerzcharakter, Schmerzintensität, ...) _____

Wann? (Beginn, Ablauf, bestimmte Tageszeiten, ...) _____

Warum bzw. wodurch? (auslösende Faktoren) _____

Medikamenteneinnahme	
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?	

Familienanamnese	
Welche Erkrankungen treten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? (z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)	

Soziale Anamnese	
Haben Sie Freunde?	
Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?	
Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?	
Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing)?	
Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?	

Allgemeine Lebensführung	
Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? Welche Art Alkohol?	Menge: Art:
Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensalter rauchen Sie?	Zigaretten täglich: Seit Lebensalter:
Haben Sie in letzter Zeit auffällig an Gewicht verloren?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie in letzter Zeit auffällig an Gewicht zugenommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ist Ihr Schlaf erholsam?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafproblemen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?	Zeit:
Haben Sie große Sorgen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind Sie nervös?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie auffallend viel Durst?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Allergien	
Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? Welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welche:
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Glutamat, Laktose, ...?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welche:
Haustauballergie? Blütenpollen? Andere? Welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welche:

Kopfbereich	
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ohnmachtsanfälle?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Epileptische Anfälle?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welche:
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ohrenscherzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Fließt manchmal Sekret aus dem Ohr?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie häufig oder langanhaltenden Schnupfen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter Haarausfall?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen- Mund-Kiefer-Bereich?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welche?

Halsbereich	
Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurde bei Ihnen eine Vergrößerung der Schilddrüse festgestellt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wie lange:

Brustbereich	
Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wie lange: Beschaffenheit:
Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Asthma-Bronchiale-Anfälle?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Bauchbereich	
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welche:
Haben Sie Unverträglichkeiten von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Verspüren Sie in neuere Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sodbrennen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein Beschwerden:
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein Veränderung:
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Arme und Hände		
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Beine und Füße		
Leiden Sie an Krampfadern?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schmerzen in Beinen oder Füßen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schmerzen in der Hüfte, in den Knien oder Fußgelenken?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Harn- und Geschlechtsorgane		
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schmerzen beim Wasserlassen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein Veränderung:
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zu halten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Müssen Sie nachts regelmäßig Wasser lassen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Gynäkologische Anamnese der Frau	
In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?	
Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?	
Wie lange ist die Zyklusdauer?	
Wie ist die Blutungsstärke? (schwach, normal, stark)	
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Tritt ein Sekret aus der Scheide?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Haut	
Leiden Sie unter Hautveränderungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hautjucken?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Treten in neuer Zeit schnell blaue Flecken auf?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Bewegungsapparat	
Hatten Sie schon einmal eine Verletzung am Bewegungsapparat? Welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welche:
Leiden Sie unter Bewegungsschmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter Bewegungseinschränkungen? Welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welche:
Haben Sie Taubheitsgefühle, Gefühlsstörungen oder Lähmungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welche:
Treten Einschränkungen in der Belastbarkeit (Gehstrecke, Treppensteigen, ...) auf?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Sonstiges:
