

A N A M N E S E

Liebe Patientin, Lieber Patient, vielen Dank für das gewissenhafte Ausfüllen dieses Anamnesebogens. Sollten Fragen unklar sein, helfen wir Ihnen gerne weiter. Bitte beachten Sie auch die Rückseite.

Aktuelle Beschwerden

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?		
Seit wann bestehen diese Beschwerden?		
Wann treten Ihre Beschwerden auf (Tageszeit: morgens/mittags/abends/nachts)?		
Sind Ihre Beschwerden belastungsabhängig?	Ja	Nein
Können Sie Ihre Beschwerden provozieren (Bewegung, Position, o.ä.)?	Ja	Nein
Wenn ja: Wie?		
Können Sie Ihre Beschwerden reduzieren (Medikamente, Position, Bewegung, o.ä.)?	Ja	Nein
Wenn ja: Wie?		
Können Sie Ihre Schmerzen beschreiben (Lokalisation, Ausstrahlung, Qualität, usw.) ?		
Gab es ein auslösendes Moment für Ihre Beschwerden (Unfall, Trauma, Bewegung, o.ä.)?	Ja	Nein
Wenn ja: Welches?		
Welche Therapien wurden bisher bzgl. der aktuellen Beschwerden durchgeführt (Physiotherapie, Massage, Operationen, u.a.)?		

Bisherige Krankengeschichte

Haben Sie in letzter Zeit auffallend viel Gewicht ungewollt verloren oder zugenommen?	Ja	Nein
Wenn ja: Warum?		
Leiden Sie unter einer Grunderkrankung wie z.B. Diabetes mellitus, Epilepsie, COPD, Herzprobleme, o.a. ?	Ja	Nein
Hatten Sie bisher Operationen?	Ja	Nein
Wenn ja: Welche?		
Traten irgendwelche Komplikationen auf? Welche?		
Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen?	Ja	Nein
Wenn ja: Wie häufig? Zu welcher Tageszeit?		
Nach dem Essen? Vor dem Essen?	Davor	Danach
Haben Sie häufig und/oder lang anhaltend Erkältungen?	Ja	Nein
Wie schätzen Sie Ihr Immunsystem ein (Schulnote 1-5)?		
Waren Sie in den letzten 12 Monaten ernsthaft krank bzw. im Krankenhaus?	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Ja	Nein
Falls ja, welche?		

Familienanamnese

Gab es ähnlich zu Ihrem aktuellen Beschwerdebild Erkrankungen in Ihrer Familie?	Ja	Nein
Wenn ja: Welche?		
Sind Familienerkrankungen bekannt (Herz, Magen-Darm-Trakt, Schilddrüse, Krebs, o.a.)?	Ja	Nein
Wenn ja: Welche?		

Sozialanamnese

Familienstand?		
Haben Sie Kinder?	Ja	Nein
Wenn ja: wie viele? Alter?		
Welchen Beruf üben Sie aus?		
Haben Sie ein Hobby / Sport das/den Sie regelmäßig ausüben? Welche(s/n) ?		
Leiden Sie unter Ein- oder Durchschlafstörungen?	Ja	Nein
Ist Ihr Schlaf erholsam?	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie private oder berufliche Sorgen / Probleme / belastende Situationen / Stress?	Ja	Nein
Leiden Sie unter psychischen Problemen (z.B. Zwängen, Neurosen, Phobien, o.ä.)?	Ja	Nein

Nehmen Sie diesbezüglich psychologischer Unterstützung in Anspruch?	Ja	Nein
Trinken Sie Alkohol?	Ja	Nein
Wenn ja: Wie viel? Regelmäßig?		
Rauchen Sie?	Ja	Nein
Wenn ja: Wie viele Zigaretten täglich? Seit wann?		
Nehmen Sie regelmäßig sonstige Drogen?	Ja	Nein
Sind bei Ihnen Allergien bekannt (Medikamente, Lebensmittel, o.a.)?	Ja	Nein
Wenn ja: Welche?		
Wie äußern sich diese?		

Kopf-Hals-Bereich

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne?	Ja	Nein
Wenn ja: Seit wann? Wie häufig?		
Haben Sie Sehstörungen oder Seheinschränkungen?	Ja	Nein
Wenn ja: Beidseits? Welcher Art? Seit wann?		
Tragen Sie eine Brille?	Ja	Nein
Wenn ja: Warum (Lesebrille, Weitsichtigkeit)? Kurz- oder		
Haben Sie Einschränkungen mit Ihrem Gehör?	Ja	Nein
Wenn ja: Beidseits? Welcher Art? Seit wann?		
Leiden Sie unter Tinnitus?	Ja	Nein

Wenn ja: Beidseits? Seit wann? Konstant?		
Haben Sie Einschränkungen bezüglich Ihres Geruchs- und/oder Geschmackssinnes?	Ja	Nein
Wenn ja: Welche?, Seit wann?		

Obere Extremität

Haben Sie steife oder geschwollene Hände?	Ja	Nein
Falls ja, ändert sich der Zustand über den Tag?	Ja	Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	Ja	Nein
Haben Sie Gefühlsstörungen, Kribbeln der Arme oder Hände?	Ja	Nein
Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen / Ihren Händen die Kraft fehlt?	Ja	Nein
Haben Sie Schmerzen im Nacken- / Schulterbereich?	Ja	Nein
Was für Therapien/Operationen haben Sie diesbezüglich bisher durchführen lassen?		

Untere Extremität

Leiden Sie unter Krampfadern oder haben Sie darunter gelitten?	Ja	Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	Ja	Nein
Müssen Sie nach einer bestimmten Gehstrecke stehenbleiben?	Ja	Nein

Wenn ja, warum?		
Sind Ihre Füße / Beine geschwollen?	Ja	Nein
Falls ja, ändert sich der Zustand über den Tag?	Ja	Nein
Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen / Ihren Beinen die Kraft fehlt?	Ja	Nein
Haben Sie Gefühlsstörungen im Bereich der Beine oder Füße?	Ja	Nein
Haben Sie Funktionseinschränkungen an Beinen oder Füßen?	Ja	Nein
Wenn ja: Welche?		
Was für Therapien/Operationen haben Sie diesbezüglich bisher durchführen lassen?		

Harn- und Geschlechtsorgane

Haben Sie Schmerzen/Brennen beim Wasserlassen?	Ja	Nein
Haben Sie Schwierigkeiten willentlich den Urin zu halten?	Ja	Nein
Haben Sie Schwierigkeiten beim Wasserlassen?	Ja	Nein
Tritt Sekret aus der Harnröhre aus?	Ja	Nein
Was für Therapien/Operationen haben Sie diesbezüglich bisher durchführen lassen?		

Bauchbereich

Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	Ja	Nein
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?	Ja	Nein
Falls ja, welche?		
Leiden Sie unter Verstopfung, Durchfall oder haben Schmerzen beim Stuhlgang?	Ja	Nein
Was für Therapien/Operationen haben Sie diesbezüglich bisher durchführen lassen?		

Haut

Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen?	Ja	Nein
Wenn ja: Wo? Seit wann?		
Leiden Sie unter Juckreiz?	Ja	Nein
Treten bei Ihnen schnell blaue Flecken auf?	Ja	Nein
Heilen Hautverletzungen schlecht aus?	Ja	Nein
Bluten Verletzungen bei Ihnen außergewöhnlich lange?	Ja	Nein
Haben Sie Narben?	Ja	Nein
Wenn ja: Wo?		

Gibt es noch etwas, dass wir wissen sollten oder Sie uns gerne mitteilen würden?	
--	--