

Anamnesebogen

Vorname, Name

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Ort, Datum

Anamnesebogen:

1. Welche akute Beschwerden haben Sie zur Zeit?

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

- **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**? 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

- Bemerken 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?)

- Bemerken 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?