

Anamnesebogen

Name:

akute Beschwerden

Was, wo schmerzt es? Schmerzausstrahlung?

Wie, wodurch werden die Schmerzen hervorgerufen oder verändert (vorausgegangener Auslöser)

Wann treten die Schmerzen auf?

Tag Nacht

Ruhe Belastung

Was lindert?

Wärme Kälte

Womit sind die Schmerzen verbunden (Begleiterscheinungen)?

Schmerzen:

dauerhaft wechselnd

I Krankengeschichte

Unfälle

Wann/wodurch/Folgen? (Autounfall, Fahrradunfall, Stürze, Sportunfälle, sonstige Verletzungen)

Schleudertrauma? (wann/wodurch?)

Operationen

Wann/was?

sonstige Narben am Körper:

systemische Erkrankungen

a. Stoffwechsel/Verdauungstrakt(z.B. Diabetes mellitus, durchgemachte Lebererkrankungen, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Divertikel, Gastritis, Magenzulzera, Nierensteine, Gallensteine, Schilddrüse, Wechseljahre, Ödeme):

Gewicht, Schlaf, Durst, Appetit, Konzentration, Schweiß, Aufstoßen, Blähungen, Sodbrennen, Durchfall, Verstopfung, wechselnde Stühle:

b. Skelettsystem (z.B. Morbus Bechterew, Morbus Scheuermann, Osteoporose, Osteomalazie, Frakturen, WS-Erkrankungen, bestimmte Gelenkbeschwerden):

c. Herz-Kreislauf-System(z.B. Blutdruck, Herzrhythmusstörung, Herzinfarkt, Gefäßerkrankungen, Apoplexie, Schwindel, Ödeme, Varizen):

d. Atmungsorgane(z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Tuberkulose):

Husten, Atemnot, Kurzatmigkeit, Sputum:

Wann war der letzte grippale Infekt?

e. urogenitaler Bereich (z.B. Harnwegsinfekte, Schmerzen beim Wasserlassen, Inkontinenz, Beckenbodenbeschwerden, Harnverhalt, Harndrang):

f. gynäkologischer Bereich (z.B. Menopause, Schwangerschaften, Geburten, Komplikationen):

g. Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis):

i. bösartige Erkrankungen (wann, welche, Therapieform?)

j. Zahn-bzw. Kieferbehandlungen, Zahnentzündungen, Kieferprobleme?

Klammer/ _____ Seit wann? _____ Wie lange? _____

Knirschschiene?

k. Allergien (z.B. auf bestimmte Stoffe ,Arzneimittel, Nahrungsmittel, Frühblüher):

l. regelmäßige Arzneimitteleinnahme (z.B. Marcumar, ASS, Heparin/Enoxaparin-Natrium, Betablocker, Schmerzmittel, Blutdruckmittel, Schilddrüsenhormone, Ovulationshemmer):

sonstige Medikamenteneinnahme (was/wofür?):

m. weitere Behandler, parallele Behandlungen (Internist, Zahnarzt, Orthopäde etc.):

n. bisherige Befunde:

Letztes Blutbild? _____

Bei wem? _____

Befund: _____

o. wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung?

- gynäkologisch (insbesondere Mammografie, Ultraschall, Abstrich)
- gastroenterologisch (insbesondere Koloskopie, Gastroskopie)
- urologisch
- zahnärztlich
- augenärztlich
- medizinische Hilfsmittel? (Brille/Kontaktlinsen, Schuheinlagen)

p. Bisherige diagnostische Bilder? Röntgenbild, CT, MRT, Szintigrafie):

II Familienanamnese

Gehäufte Erkrankungen?

Koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung?

Bösartige Erkrankungen (z.B. Mamma-, Kolon-, Prostatakarzinom)?

III Risikofaktoren

Raucher Menge: _____

Wasser Menge: _____

Kaffee/Cola Menge: _____

Alkohol Menge: _____

Mischkostler auffallende Ernährungsgewohnheit? _____

Vegetarier _____

Stuhlgang regelmäßig, wechselhaft, Verstopfung: _____
wie oft? _____

Gewichtsschwankungen _____ Gewicht: _____ Größe: _____

sportliche Aktivitäten:
welche: _____

wie oft:

Stress im Alltag

Schlaf, erholsam

nächtliches Schwitzen