

Anamnesebogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

1. Welche akuten Beschwerden haben Sie zur Zeit?

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

- **Wo / wie** sind die Beschwerden genau? (Art des Schmerzes: ziehen, pochen, stechen...)

- **Wann und wie** hat es begonnen? Gab es einen Ihnen bekannten Auslöser? (Sturz, Trauma...)

2. Chronische Krankheiten und frühere Erkrankungen

- Leiden Sie unter **chronischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes...)?** 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 **Allergien**? 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? (auch Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Mittel,...)

4. Schaffen wir uns einen Überblick

- Leiden Sie unter **Kopfschmerzen**? Ja Nein

- **Schwitzen** Sie nachts viel? Ja Nein

- Haben Sie (ohne Absicht) stark **abgenommen**? Ja Nein

- Haben Sie öfters **Fieber** oder **erhöhte 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?

- Haben Sie **Probleme mit der Schilddrüse**? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Leiden Sie unter **Atemnot**? Ja Nein

- Wie **ernähren** Sie sich überwiegend?

Gemüse - Fleisch - Fisch - Obst - Süßigkeiten - _____

- Leiden Sie unter **Appetitlosigkeit oder Abneigung gegen bestimmte Speisen?** Ja Nein
Wenn ja, seit wann?

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

- Leiden Sie unter **Übelkeit oder Erbrechen?** Ja Nein
Wenn ja, wann?

- Leiden Sie unter **Sodbrennen / Kloßgefühl im Hals?** Ja Nein
Wenn ja, wann?

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

- Haben Sie **Blut im Stuhl** bemerkt? Ja Nein

- Haben Sie **Schmerzen oder Brennen beim Wasser lassen?** 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 (bei Belastung oder in Ruhe)?

5. Gynäkologische Anamnese der Frau:

- Sind Sie **Schwanger?** Ja Nein

- Wie lange ist die **Zyklusdauer?**

- Wie ist die **Blutungstärke?**

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

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

- Haben Sie **Sorgen**? Ja Nein
Wenn ja, welche?

- Haben Sie **Ängste** oder **Phobien**? Ja Nein
Wenn ja, welche?
- Leiden Sie unter **Schlafstörungen**? Ja Nein
- Knirschen Sie mit den **Zähnen**? Ja Nein
Wenn ja, wann?
- Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viel täglich?
- Trinken Sie täglich 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? Ja Nein
(z.B. Krebs, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf, Lunge)
Wenn ja, welche?

8. Haben Sie besondere Fragen oder Bemerkungen? Gibt es vielleicht noch etwas, was wir wissen sollten?