

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
- Bemerkten 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?)

- Bemerkten 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?