



Anamnesebogen Erwachsene

Geschlecht: männlich ☐

weiblich ☐

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Beruf:

Telefon:

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Kinder: ☐ nein ☐ ja, Anzahl:

Aktuelles Körpergewicht: kg **Aktuelle Körpergröße:** cm

Medikamente: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Raucher: ☐ ja ☐ nein

Alkohol: ☐ ja ☐ nein

Name und Anschrift des Hausarztes:

Hatten Sie im Laufe Ihres Lebens Unfälle, Knochenbrüche, Kopfverletzungen, Stürze, etc.? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was und wann?

Hatten Sie Operationen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche und wann?

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen z.B. Asthma, Diabetes, Rheuma, etc.? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

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 stark? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie ohne Absicht stark abgenommen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie ohne Absicht stark zugenommen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie öfter Fieber oder erhöhte Temperatur? ☐ 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 Blutdruckproblemen? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Husten? ☐ ja ☐ nein

Wie lange schon?

Mit Auswurf (Farbe, Konsistenz)?

Haben Sie Schmerzen oder Probleme beim Schlucken?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Darmproblemen (Nervöser Magen, Blähungen, Durchfall, Verstopfung, ...)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welcher Art?

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen (Blut im Urin, Brennen, Veränderte Harnfarbe, ...)? ☐ ja ☐ nein

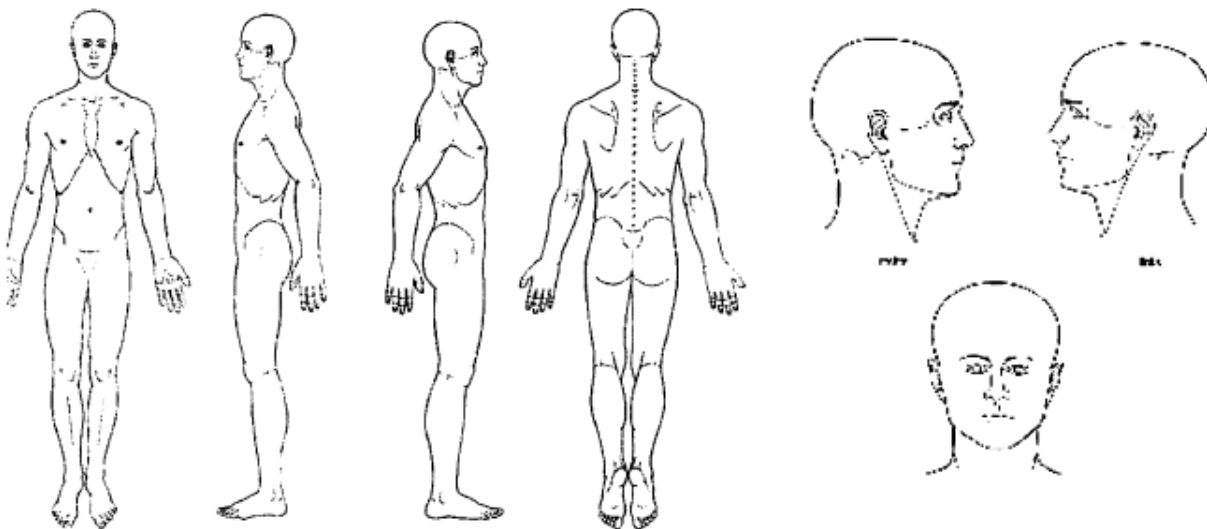
Wenn ja, welcher Art?

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten?

☐ ja ☐ nein

Bitte kurz beschreiben:

Ihre aktuellen Beschwerden: Wo befinden sich die Schmerzen? Bitte markieren Sie den genauen Schmerzort.



Beschreiben Sie Ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark):

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schwach, kaum spürbar

sehr stark, stärkster vorstellbarer Schmerz

Die Schmerzen: Wie oft?

Bei welcher Bewegung?

Was führt zur Verbesserung?

Was führt zur Verschlechterung?

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf etc.)

Gibt es Beschwerden, die nicht abgefragt wurden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Ort, Datum

Unterschrift Patient