

Name, Vorname Alter

Geschlecht Größe Gewicht

Krankenkasse Behandelnder Arzt/Ärztin

Aktuelle Anamnese

(Aktuelle Beschwerde, Grund Ihres Besuches)

.....

.....

Medizinische Anamnese

Grund-und Vorerkrankungen

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, wenn ja welche und seit wann?

(Herzkrankungen, Schlaganfall, Blutgerinnungsstörung, niedriger/hocher Blutdruck, Schmerzen/Engegefühl im Brustkorb, Arteriosklerose, erhöhtes Cholesterin, erhöhte Blutfettwerte, Krampfadern, Thrombose, weiteres)

.....

.....

Erkrankungen des Atemsystems, wenn ja welche und seit wann?

(Erkrankungen der Lunge, Bronchien oder oberen Atemwege (Mund, Nase, Nasennebenhöhlen, Rache, Kehlkopf), Bronchitis, Schwierigkeiten/Schmerzen beim Atmen, Kurzatmigkeit, Asthma, Husten, Auswurf, weiteres)

.....

.....

Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen-Darm), wenn ja welche und seit wann?

(Sodbrennen, Aufstoßen, Gastritis, chronische Entzündungen, Blähneigung, Bauchkrämpfe/-schmerzen (Ober-/Unterbauch, um den Bauchnabel), Übelkeit, unregelmäßiger Stuhlgang (wie oft? Bis zu 3x/Tag und 3x/Woche gilt als normal), weiteres)

.....

.....

Stuhlauffälligkeiten (dünnflüssig, hart, wechselnd, Knollig/Bleistift-förmig, hell/dunkel/schwarz, übel riechend, mit Blut, weiteres)

.....

.....

Erkrankungen des Verdauungstraktes (Leber, Galle, Pankreas), wenn ja welche und seit wann?

(Leberverfettung, Fettleber, Entzündung Leber/Galle/Bauchspeicheldrüse, Gallensteine, weiteres)

.....

.....

Erkrankungen des Urogenital-Systems, wenn ja welche und seit wann?

(Erkrankungen/Entzündung der Niere/Blase, Schmerzen im Flankenbereich, Schmerzen beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, vermehrtes Wasserlassen, Harnverhalt, Harninkontinenz, dunkler/schaumiger Urin, Prostatabeschwerden, Infektionen oder Erkrankungen der Genitalorgane)

.....

.....

ANAMNESEBOGEN

Erkrankungen des Bewegungssystems, wenn ja welche und seit wann?

(Gelenkschmerzen, Arthrose, Bewegungseinschränkungen, Entzündungen von Muskel/Sehne/Bänder/Schleimbeutel, ausstrahlende Schmerzen, Sensibilitätsstörungen (kribbelnd/pelzig), Schmerzen/Erkrankungen der Wirbelsäule, wenn ja wo, weiteres)

.....
.....

Erkrankungen des Neurologischen und oder psychisches Systems, wenn ja welche und seit wann?

(Schlaganfall, Hirnblutung, Parkinson, Multiple Sklerose, Hirnhautentzündung, Krampfanfälle, Migräne, Polyneuropathie, Alzheimer Demenz, Ohrgeräusche/Tinnitus, Gleichgewichtsstörung, Schwindel, psychische Erkrankungen, Depression, Ängste, weiteres)

.....
.....

Erkrankungen/Veränderungen der Haut, wenn ja welche und seit wann?

(Neurodermitis, Ekzem, Ausschlag, Juckreiz, Schweißneigung, Haarausfall, spröde Haare/Nägel, Pilz, Warzen, Hautkrebs, weiteres)

.....
.....

Erkrankungen Kopf/Hals/Schilddrüse/Zähne wenn ja, welche und seit wann?

(Kopfschmerzen, Erkrankung/Entzündung von Zähne/Auge/Ohr/Mund/Rachen und Mandel, Sehstörung, Hörstörung, Zähne knirschen, Kieferverspannung, Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Schilddrüsenerkrankungen, weiteres)

.....
.....

Weitere Erkrankungen, wenn ja welche und seit wann?

(Osteoporose, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Krämpfe, Diabetes mellitus, hormonelle Störungen, Tumorerkrankungen, ansteckende Krankheiten, allgemeine Abgeschlagenheit, autoimmunologische Erkrankungen, weiteres)

.....
.....

Vegetative Anamnese

Trifft eine der genannten Beschwerden zu, wenn ja welche und seit wann?

Allgemeine Abgeschlagenheit

Ungewollte Gewichtszunahme/-abnahme (wie viel (kg)/6 Monate)

Appetitverminderung/-steigerung

Durstverminderung/-steigerung

Nächtliche Schweißausbrüche

Operationen, wenn ja welche und wann?

.....
.....

ANAMNESEBOGEN

Unfälle/Verletzungen, wenn ja welche und wann?

(Schleudertrauma, Schädelhirntrauma, Fraktur, Bänderriss etc.; Wenn ja, welche und wann)

.....

.....

Infektionen, wenn ja welche und wann?

(Bei mehr als drei Infektionskrankheiten (viral, bakteriell, sonstige) in den vergangenen 12 Monaten, welche und wann (Zwei bis vier Erkältungsinfektionen pro Jahr gelten als normal, werden daher nicht mitgezählt). Wann wurde das letzte mal Antibiotika verabreicht)

.....

.....

Zahnbehandlungen, wenn ja wo und seit wann?

(Füllung, Krone, Brücke, Wurzelbehandlung, Lücke, Implantat, andere (oben/unten, rechts/links, vorne/hinten))

.....

.....

Allergie/Unverträglichkeit, wenn ja welche und seit wann?

(Heuschnupfen, Penicillin, Tierhaare, Hausstaub, Nahrungsmittel, Metalle, andere)

.....

.....

Medikamente (+ Nahrungsergänzungsmittel)

(Wirkstoff, Dosis, Frequenz, seit wann)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Weitere Medikamente und wenn ja welche, wann und wie lange?

(Starke Medikamente die über einen längeren Zeitraum innerhalb der letzten 5 Jahre eingenommen wurden: Cortison, Schmerzmittel v.a Opiode, Beruhigungstabletten, Verhütungsmittel, Antibiotika, andere)

.....

.....

ANAMNESEBOGEN

Gynäkologie - Frauenheilkunde

Menarche (erste Menstruationsblutung) mit Jahren.

Menstruationsdauer: Tage und Zykluslänge: Tage.

Menstruationsbeschwerden, wenn ja welche?

(Unterleibsschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, weitere)

.....

Prämenstruelles Syndrom (die-Tage-vor-den-Tagen), wenn ja, welche Beschwerden?

.....

Menstruationsstärke auf einer Skala von 0-10:

(0 = keine Blutung, 1= leichte Blutung (Blutung unter 3 Tage, Binde/Tampon reicht mehrere Stunden), 10 = Starke Blutung (saugstarke Binde/Tampon muss alle zwei Stunden gewechselt werden)

Schmerzstärke auf einer Skala von 0-10:

(0 = keine Schmerzen, 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen)

Endometriose bekannt? (nein/ja, wenn ja seit wann):

Verhütung mit seit

Anzahl Schwangerschaften(SS)/Geburten(G), wenn ja wann:

.....

Prämenopause seit / Menopause seit

Familienanamnese

Erkrankungen Eltern, Großeltern, Geschwister, ggf. Todesursache (bsp. Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, etc.)

.....

Sozialanamnese

Ausbildung/Beruf/aktuelle Tätigkeit

Die tägliche Haupttätigkeit beinhaltet vorwiegend

(intensive Bewegung, mäßige Bewegung, sitzende Arbeitsweise, andere)

.....

Sport und Bewegung

(Sport 1x/Woche, 3x/Woche, usw. welche Sportart, wie lange dauert Aktivität)

.....

Familienstand (ledig/in Beziehung/verheiratet/geschieden/verwitwet)

Besondere Belastungsfaktoren (beruflich//privat/körperlich/seelisch)

.....

.....

ANAMNESEBOGEN

Stresslevel auf einer Skala von 0-10:
(0 = kein Stress, 10 = sehr starker Stress)

Schlafprobleme, wenn ja, welche?
(Einschlaf-/Durchschlafschwierigkeiten, Schlafdauer pro Nacht, Einschlafdauer, Häufigkeit nächtliches Erwachen, weitere)

.....
.....

Alkohol (Frequenz und Menge)

Nikotin (Frequenz und Menge)

Weitere Drogen, wenn ja welche

Ernährung, welche Aufzählung trifft eher zu (aufgelistet nach der Reihenfolge des Anteils an der Nahrung)

Kohlenhydrate und Ballaststoffe in gleiche Anteilen, Obst, Eiweiße (vorrangig pflanzlich), ungesättigte Fette, wenig bis kein industrieller Zucker

Mehr Kohlenhydrate als Ballaststoffe, Obst, Eiweiße (pflanzlich, tierisch), Fette, regelmäßig Süßigkeiten

Stark Kohlenhydratlastig, täglich tierische Eiweiße, wenig Ballaststoffe und Obst, täglich Süßigkeiten

Vegetarier/Veganer/anderer Ernährungsstil?

Trinkmenge in Liter pro Tag, welches Getränk

Reiseanamnese

Aufenthalt außerhalb EU, besonders tropische Gebiete (wann, wie lange)

.....
.....

Datum

Senden Sie folgende Dokumente gerne vorab per E-Mail an praxis@hron.de oder bringen Sie diese zu Ihrem ersten Termin mit:

- Anamnesebogen ausgefüllt
- Falls vorhanden: Befunde zur aktuellen Beschwerde (Arztberichte, Laborwerte, Bildgebung), bzw. Befunde die in Zusammenhang mit der aktuellen Beschwerde stehen könnten (bsp. schwere Verletzungen/Operationen in der Vergangenheit)

Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit freundlichen Grüßen

Philipp Hron und Team