

**Anamnesebogen Erwachsener**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon / Handy:

Beruf:

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwetKinder:  nein  ja, Anzahl und Alter:

aktueller Körpergewicht: kg

Aktuelle Körpergröße: cm

Medikamente:  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Raucher:  Ja  NeinAlkohol:  Ja  Nein

---

Name und Anschrift des Hausarztes:Hatten sie, im Laufe des Lebens Unfälle, Brüche, Kopfverletzungen, Stürze, Sportunfälle,....?  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,....?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Leiden sie unter Kopfschmerzen?  Ja  NeinLeiden sie unter Schwindel?  Ja  Nein

Wenn ja, was löst Schwindel aus?

Leiden sie unter Veränderungen des Sichtfeldes?  Ja  NeinLeiden sie unter Veränderungen des Hörbereiches?  Ja  NeinSchwitzen sie nachts viel?  Ja  NeinHaben sie ohne Absicht stark abgenommen?  Ja  NeinHaben sie ohne Absicht stark zugenommen?  Ja  NeinHaben sie öfters Fieber oder erhöhte Temperatur?  Ja  NeinLeiden sie unter Schmerzen, Druck oder Stechen in der Herzgegend?  Ja  NeinLeiden sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?  Ja  NeinLeiden sie unter Blutdruckproblemen?  Ja  NeinLeiden 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

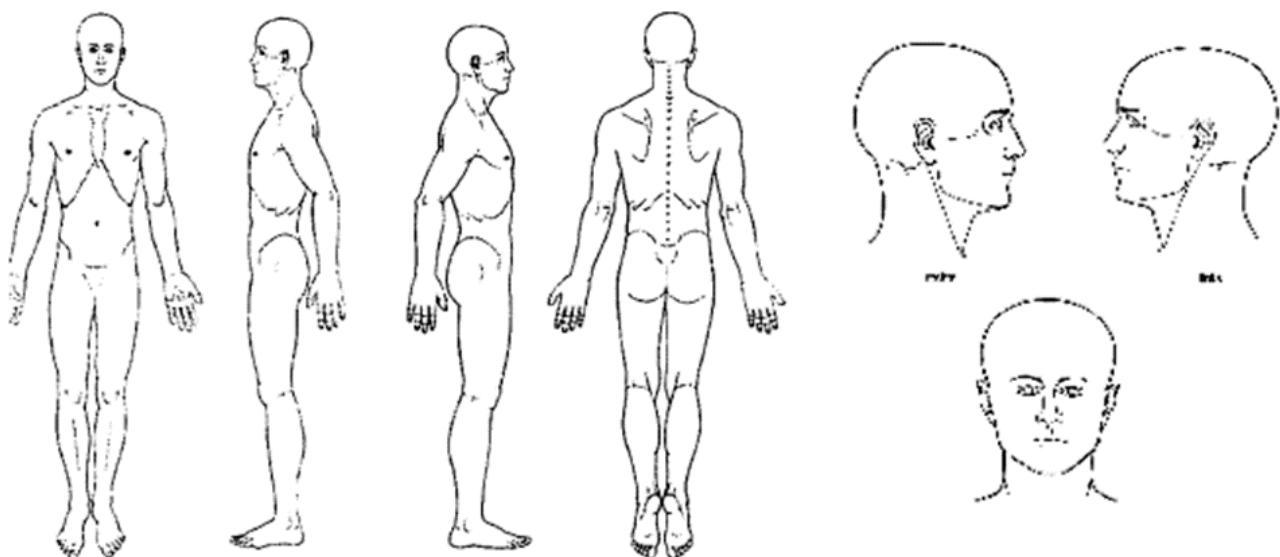
Wenn ja, welcher Art?

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? 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, beeengend, dumpf etc.)

Gibt es Beschwerden, die nicht abgefragt wurden?     Ja     Nein

Wenn ja, welche?