



Anamnesebogen

Basisdaten					
Vorname, Name	Geschlecht	Größe	Gewicht	Blutdruck	Temperatur
Adresse (Straße, PLZ, Ort, Telefon, email)	Alter	BMI, Proportionen	Gewichtsverlauf	Puls	Datum

Aktuelle Beschwerde
Grund des Kommens: Beschwerden seit.... (zunehmend, intermittierend, ...), Lokalisationen etc.

Vegetative Anamnese				
Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> krank <input type="checkbox"/> schwer krank			
Ernährung Essen, Trinken	u.a. Ernährungsweise, Diäten, Unverträglichkeiten, Durst, Appetit			
Stuhlgang	u.a. Frequenz, Beschwerden, Veränderungen, Stuhlauffälligkeiten (Farbe, Konsistenz, Geruch, Auflagerungen)			
Miktion	u.a. Frequenz, Beschwerden, Veränderungen, Harnauffälligkeiten, Nykturie			
Schlaf	u.a. Ein-, Durch-, Tiefschlaf, Erholung, Nachtschweiß			
Atmung	u.a. Belastungs-, Lagedyspnoe, Husten, Auswurf			
Leistung/ Belastbarkeit	Einschränkung: <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt /Art der Einschränkung			
Sexualität	<table border="0"> <tr> <td>Frau: Menses, Schwangerschaften, mgl. Schwangerschaft, Geburten, Libido, Menarche, Menopause, Ausfluss</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">Vorsorge (Gyn,Urologie)</td> </tr> <tr> <td>Mann: Miktionsbeschwerden/Prostata, Potenz, Dysfunktionen</td> </tr> </table>	Frau: Menses, Schwangerschaften, mgl. Schwangerschaft, Geburten, Libido, Menarche, Menopause, Ausfluss	Vorsorge (Gyn,Urologie)	Mann: Miktionsbeschwerden/Prostata, Potenz, Dysfunktionen
Frau: Menses, Schwangerschaften, mgl. Schwangerschaft, Geburten, Libido, Menarche, Menopause, Ausfluss	Vorsorge (Gyn,Urologie)			
Mann: Miktionsbeschwerden/Prostata, Potenz, Dysfunktionen				
Schmerzen	Lokalisationen, Verlauf, Charakter			
Orientierung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> schwer eingeschränkt			

Ergänzende Patienteninformation			
Pflegestufe	Benötigte Hilfsmittel ADL	Behinderung(sgrad)	Patientenverfügung
Vorliegende Laborbefunde	(u.a. Indikation, Datum, Auffälligkeiten)		
Kontaktpersonen (Status, z.B. Familie, Vormund, Betreuer)	Vorname, Name, Adresse, Telefon, email		



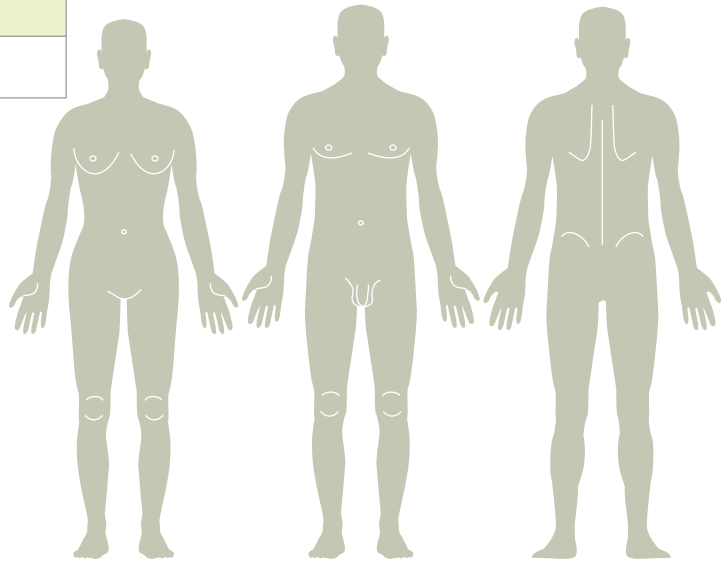
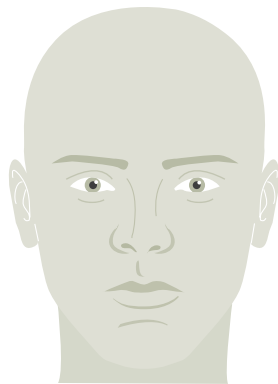


Medikationen (einschl. Kontrazeptive, nicht verordnete Mittel) Indikation, Zeitraum, Dosierungen				
Risikofaktoren	Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Therapien			
	Umfeld, Beruf (Noxe, Gefahrenstoffe, Infektionsrisiken, Tiere, Auslandsaufenthalte)			
	Familie (Krankheiten, z.B. Stoffwechselerkrankungen, Tumoren, psychiatr. Erkrankungen)			
	Soziale Situation (Lebenssituation, Belastungsfaktoren)			
	Genuss-/Suchtmittel (Zeiträume, Frequenz, Mengen)			
	Nikotin (Packyears)	Alkohol	weitere Drogen	Medikamente
Allergien, Unverträglichkeiten				
Impfstatus			Vorsorgen	

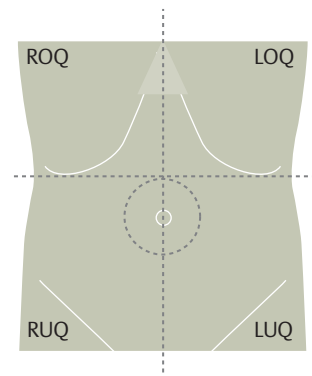




Haut (Kolorit, Turgor, Effloreszenzen u.a.)	Kopf/Hals (Augen, Pupillen, Ohren, Nase, Gefäße u.a.)
Haltung, Gangbild (Wirbelsäule, Schonhaltungen u.a.)	Mund/Rachen (Schleimhäute, Mandeln, Zunge, Zahnstatus, Foetor u.a.)
Extremitäten (Beweglichkeit, Effloreszenzen, Lageanomalien u.a.)	Stütz-/Bewegungsapparat (Beweglichkeit, Anomalien u.a.)
Puls-/Gefäßstatus (Palpation, Strömungsgeräusche, Varizen u.a.)	Neurologischer Status (Eigen-/Fremdreflexe, Hirnnerven, Meningismus u.a.)
Lymphknotenstatus (Kopf, Hals, Achsel, Leiste u.a.)	

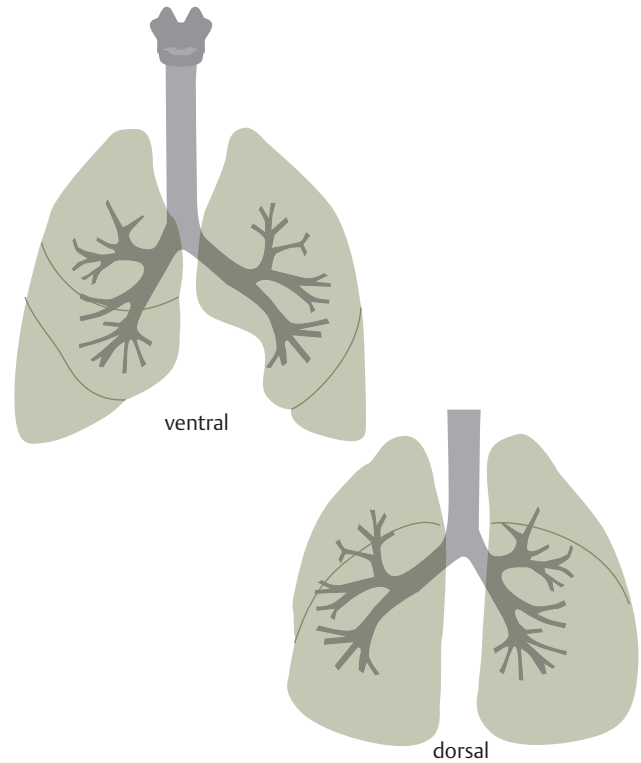


Abdomen
Bauchdecke Magen, Dünndarm, Dickdarm Milz Leber, Galle, Pankreas Nieren, Blase, Genitale
Inspektion
Auskultation
Perkussion
Palpation
Weitere





Herz (Frequenz, Rhythmus, Geräusche u.a.)
Thorax (Form, Palpationsschmerz u.a.)
Lunge/Atemapparat
Auskultation
Perkussion
Palpation
Atmung
Atemexkursion u.a.



Eigenes Labor	
Blut	Urin
Stuhl	Weitere

Diagnosen, weitere Abklärung, Therapie
Diagnosen
Weitere Abklärung
Therapie

