

ANAMNESEBOGEN für Patienten/-innen

Datum: _____

Name, Vorname: _____

HANDY-NR: _____

Ist in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten aufgetreten:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| entzündliches Gelenkrheuma <input type="checkbox"/> | Mutter <input type="checkbox"/> |
| Schuppenflechte / Psoriasis <input type="checkbox"/> | Vater <input type="checkbox"/> |
| Entzündliches Wirbelsäulentrheuma <input type="checkbox"/> | Geschwister <input type="checkbox"/> |
| Verschleiß Gelenke <input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/> | Großeltern <input type="checkbox"/> |
| Weichteilrheuma <input type="checkbox"/> | Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> |

Soziale Anamnese:

Familienstand: ledig /verheiratet /geschieden /in Partnerschaft /verwitwet

Zahl der Kinder : _____

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus: _____

Falls im Ruhestand, was war der letzte Beruf: _____

Vorerkrankungen:

Operationen:

Jahr

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Diabetes: nein / ja seit _____ Jahren, insulinpflichtig: ja nein

Hoher Blutdruck: nein / ja seit _____ Jahren

Krebserkrankungen: nein / ja welche : _____ wann: _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Andere Vorerkrankungen/ggf. stationäre Aufenthalte:

Auf der Rückseite geht es weiter →

Aktuelle Medikamente:

Präparat	Dosis	morgens	mittags	abends

Appetit: normal / vermindert / vermehrt

Gewicht: gleich bleibend / Zunahme / Abnahme / um ___ kg seit wann___

Stuhlgang: normal / verstopft / durchfällig / wechselnd

Wasserlassen: normal / mit Brennen / Inkontinenz / nachts ___ mal

Alkohol: nie / <1-3x/Monat / ~1-3x/Woche / täglich wie viel Gläser ___

Rauchen: nein / ja / Zigaretten/Tag _____ / Pfeife oder Zigarren/Tag ___

Allergien: nein / Heuschnupfen / Asthma / Kontaktallergie der Haut

auf Medikamente/Nahrungsmittel welche : _____

Schlaf: gut schlecht erholsam nicht erholsam

Gynäkologische Anamnese: Wechseljahre: seit dem ___ Lebensjahr

Regelblutung: regelmäßig / unregelmäßig / nicht mehr seit gyn. OP im Jahre _____

Letzte gyn. Untersuchung : _____ Fehlgeburten: nein / ja wie viele: _____

Sonstiges: Haben oder hatten Sie eine

schwere rheumatische Entzündung des Auges: nein / ja im Jahre: _____

Schuppenflechte: nein / ja seit : _____

Chronisch entzündliche Darmerkrankung: nein / ja seit: _____

Sehr starke Trockenheit von Auge oder Mund: nein / ja seit: _____

Epileptischer Krampfanfall: nein / ja im Jahre: _____

Herzbeutelentzündung / Rippenfellentzündung: nein / ja im Jahre: _____

Anfallsweise Weißverfärbung Finger nein / ja seit : _____

Zeckenbiss: nein / ja im Jahre:_____ Antibiotika deswegen: ja / nein

Grund der Vorstellung/Beschwerden: seit wann? welche Beschwerden? wo?
