



## Patientenaufnahme

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ (Darf zur Terminbestätigung/-änderung verwendet werden!)

Vitalwerte: RR \_\_\_\_\_ ; Puls: \_\_\_\_\_ ; Temp.: \_\_\_\_\_ °C ; Atmung: \_\_\_\_\_

Kurzanamnese: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_

Frühere Krankheiten (*Kinderkrankheiten, Unfälle, OPs, Epilepsie, Diabetes mellitus, Hypertonie, Allergien*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandlungs-Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familien-/Sozialanamnese: Beruf: \_\_\_\_\_ Zufrieden? \_\_\_\_\_

Partnerschaft: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Eltern: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Vegetativanamnese: Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Wohlfühlgew.: \_\_\_\_\_ Konf.gr.: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

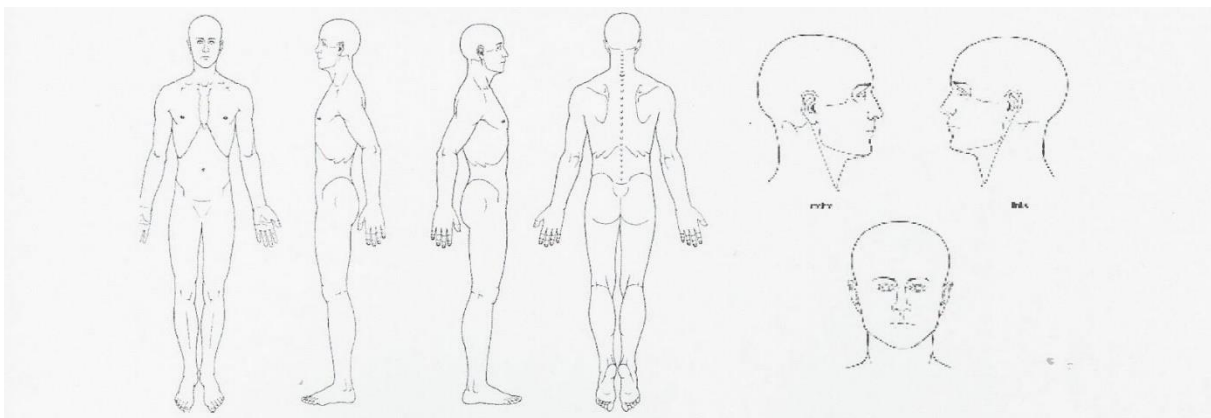
Trinkmenge: \_\_\_\_\_ Alkoholmenge: \_\_\_\_\_ Nikotin: \_\_\_\_\_

Schwitzen (*nachts?*)  Ja  Nein ; Stuhlgang: fest, geformt: \_\_\_\_\_ x tgl. ; Schlaf: \_\_\_\_\_



Naschen – was? _____		
Frühstück/1. Mahlzeit: _____		
2. Mahlzeit: _____		
Abends/ 3. Mahlzeit: _____		
Gynäkologische-Anamnese: Menses <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ; Ausfluss: _____		
Zwischen-/Postmenopausenblutung: _____		
Bisherige Operationen:	Jahr:	Operation:
	Jahr:	Operation:
	Jahr:	Operation:
Herzschrittmacher?: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Blutgruppe (soweit bekannt): _____		
Sind oder waren Sie in einer psychologischen/neurologischen Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Ihre aktuellen Beschwerden – wo befinden sie sich? Markieren Sie hierzu den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Schätzen Sie bitte die Schmerzempfindung auf einer Skala von **1** (schwach, kaum spürbarer Schmerz) bis **10** (sehr stark, stärkster vollstellbarer Schmerz): \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_



Freie Schilderung der aktuellen Beschwerde	
Was? (freie Schilderung)	
Wo? (Lokalisation)	
Wie?  Wie oft?	Schmerzcharakter = hell, stechend, dumpf, ziehend, bohrend, drückend, brennend, klopfend, bohrend, krampfend, beengend, kolikartig oder kribbelnd.  Immer, seltener, mehrmals am Tag, wöchentlich  <i>(Zutreffendes bitte unterstreichen)</i>
Wann? (seit wann? auslösende Faktoren? Ablauf = was verbessert/verschlimmert? Bestimmte Tageszeiten?)	Am Tag, nachts, in Ruhe, bei Belastung, im Liegen, beim Aufstehen, nach dem Essen.  <i>(Zutreffendes bitte unterstreichen)</i>
Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikation, Impfungen usw.) und/oder gibt es auslösende Faktoren?	
Gibt es etwas, dass die Beschwerden verschlimmern? (Zutreffendes bitte unterstreichen)	Bewegung, Ruhe, Wärme, Kälte
Haben Sie andere Symptome zum Schmerz?	Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Taubheitsgefühl, „Ameisenlaufen“, Kribbeln, Schweißbildung, Seh-/Hörstörungen, Gangunsicherheit, Koordinationsstörungen, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung  <i>(Zutreffendes bitte unterstreichen)</i>
Bisherige Schmerzbehandlung. Mit welchem Erfolg?	



**Medikamentenanamnese**

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

--	--

**Familienanamnese**

Welche Erkrankungen traten in der Familie (*Eltern, Großeltern, Geschwister*) gehäuft auf?  
(z.B. *Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen*)

--	--

**Soziale Anamnese**

Haben Sie Freunde?

Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. *Mobbing, Überstunden, hohe Verantwortung*)?

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?


**Allgemeine Lebensführung**

Wieviel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich?  
Welche Sorte Alkohol?

Menge:  
Sorte:

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensalter rauchen Sie?

Zigaretten täglich:  
seit Lebensalter:

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?

Ja  
 Nein

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?

Ja  
 Nein

Ist Ihr Schlaf erholsam?  
Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafstörungen?  
Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?

Ja                       Nein  
 Ja                       Nein  
Zeit:

Haben Sie große Sorgen?  
Sind Sie nervös?

Ja                       Nein  
 Ja                       Nein

Leiden Sie unter psychischen Problemen, z.B. Zwängen?

Ja                       Nein

Haben Sie auffallend viel Durst?

Ja                       Nein

Leiden Sie zurzeit oder öfter unter Fieber?

Ja                       Nein




<b>Allergien</b>	
Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose, etc.?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Hausstauballergien? Blütenpollen? Tierhaare? Pflaster? Jod? Andere? Welche?	Allergie gegen: Welche:

<b>Kopfbereich</b>	
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epileptischen Anfällen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohrenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:

<b>Halsbereich</b>	
Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Vergrößerung/Schmerzen der Lymphknoten bei sich festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein seit wann:



<b>Brustbereich</b>	
Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen? Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein seit wann: Beschaffenheit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma-bronchiale-Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ( <i>manchmal</i> ) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen im Brustbereich? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:

<b>Bauchbereich</b>	
Leiden Sie unter Bauchschmerzen? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen, oder rohen Speisen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegenüber Fleisch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen? Wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Beschwerde: seit wann:
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Veränderung:
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



<b>Arme und Hände</b>	
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Schlafen Ihnen ( <i>nachts</i> ) die Hände ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Temperaturveränderungen Ihrer Hände bemerkt? ( <i>nass, feucht, kalt, warm</i> ) Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Zittern Ihre Hände ( <i>manchmal</i> )?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ( <i>manchmal</i> ) Gefühlsstörungen in den Armen und Händen? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Haben Sie Veränderungen am Nagelbett bemerkt? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche?

<b>Beine und Füße</b>	
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Leiden Sie unter Krampfadern? Besenreiser? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Schmerzen in den Beinen oder Füßen? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben? Ab wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein max. Gehstrecke:
Haben Sie Temperaturveränderungen Ihren Beinen oder Füßen bemerkt? ( <i>nass, feucht, kalt, warm</i> ) Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Haben Sie ( <i>manchmal</i> ) Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Haben Sie Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Haben Sie Veränderungen am Nagelbett bemerkt? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche?



<b>Harn- und Geschlechtsorgane</b>	
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Veränderung:
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zu halten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt? Wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein seit wann:
Müssen Sie nachts ( <i>regelmäßig</i> ) raus und Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Juckreiz im Intimbereich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Gynäkologische Anamnese der Frau</b>	
In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?	
Wann trat die letzte Regelblutung auf ( <i>Menopause</i> )?	
Wie lange ist die Zyklusdauer?	
Wie ist die Blutungsstärke? ( <i>schwach, normal, stark?</i> )	
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Tritt ein Sekret aus der Scheide? Wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein seit wann:
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Sind/waren Sie schon mal schwanger? Wie oft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Anzahl der SS:
Haben Sie Probleme schwanger zu werden? Seit wann versuchen Sie es?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein seit wann:
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Aborte? Wie viele?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Anzahl der Aborte:





<b>Haut</b>	
Leiden Sie unter Hautveränderungen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Leiden Sie unter Mitesser/unreine Haut/Akne? Wann hatten Sie ihre Pubertätsakne?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wann:
Hautjucken? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Schuppen? Wo genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lokalisation:
Sind Ihnen Veränderungen bestimmter Muttermale aufgefallen? Welche/Lokalisation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche/Lokalisation:

<b>Sonstiges</b>