

Ausführlicher Anamnesebogen

Name _____

Geburtstag _____ Heutiges Datum _____

Allgemeine Anamnese:

Vorerkrankungen/ Operationen:	Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel			
	Wirkstoff	Dosis	Wann	Seit
Allergien/ Unverträglichkeit:				
Einschneidende Lebensereignisse:				

Vegetative Anamnese:

Größe	cm	Durst	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert_____
Gewicht	kg	Appetit	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert_____
Gewichtsverlauf	<input type="checkbox"/> Zunahme <input type="checkbox"/> Abnahme <input type="checkbox"/> unverändert	Ernährung	<input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> sonstiges_____
Momentane körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> normal	Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fieber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schlafschwierigkeit	<input type="checkbox"/> Einschlafen <input type="checkbox"/> Durchschlafen
Magen	Stuhlgang	Wasserlassen	Atmung
<input type="checkbox"/> Übelkeit	Frequenz_____	Frequenz	Husten
<input type="checkbox"/> Erbrechen	Beschaffenheit:	Beschwerden	Auswurf
<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> weich	Kontinenz	Atembeschwerden
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> hart		

Herz/Kreislauf		
Belastbarkeit	Schwindel ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wann:	Nächtliches Wasserlassen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schmerzen im Brustkorb Wann:	Wassereinlagerungen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wo:	

Gynäkologische Anamnese:

Menstruation	Verhütung	Sex	Schwangerschaften/ Geburten
Dauer	Art	Schmerzen	
Beschwerden	seit	Libido	
Stärke		Emotionale Blockaden	

Genuss/Suchtmittel:

Nikotin	Alkohol	Andere Drogen _____
Frequenz	Frequenz	Frequenz
Menge	Menge	Menge

Familienanamnese

Erkrankungen/ggf. Todesursache
Eltern Großeltern Geschwister Verwandtschaft

Sozialanamnese

Arbeit	Familie	Besondere Belastung	Kontaktperson
Ausbildung	Wohnsituation	beruflich	Name
Aktuelle Tätigkeit	Familienstand	seelisch	Verhältnis
	Häusliche Versorgung	körperlich	Telefonnummer