

# Allgemeine Anamnese



Person			
Name Vorname		Datum Alter	
Erkrankungen			
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Gefäßverkalkungen
Herzbeschwerden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Osteoporose
Diabetis mellitus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Asthma
Schilddrüsenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen
Erhöhte Cholesterinwerte	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Allergien
Krebsleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Rheuma
Sonstiges	<input type="text"/>		
Orthopädische Beschwerden			
<b>Wirbelsäule</b>			
Bandscheibenbeschwerden/ -vorfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	ò <input type="text"/>
<b>Beine</b>			
Hüftgelenksbeschwerden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	ò <input type="text"/>
Kniegelenksbeschwerden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	ò <input type="text"/>
Sprunggelenksbeschwerden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	ò <input type="text"/>
<b>Arme</b>			
Schultergelenksbeschwerden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	ò <input type="text"/>
Ellbogengelenksbeschwerden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	ò <input type="text"/>
Handgelenksbeschwerden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	ò <input type="text"/>
Sonstiges	<input type="text"/>		
Internistische Beschwerden			
<b>Herz-Kreislauf-System</b>		<b>Stoffwechselorgane</b>	
Lunge/ Atemwege	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Leberbeschwerden
Sonstiges	<input type="text"/>		Nierenleiden
<b>Magen-Darm-Trakt</b>			
Verdauungsstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

**Operationen**

ò \_\_\_\_\_  
ò \_\_\_\_\_

**Gewohnheiten/ Persönliches Empfinden**

<b>Zigarettenkonsum</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<b>Alkoholkonsum</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<b>Medikamentenkonsum</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	ò	_____	
<b>Stresshäufigkeit</b>	selten <input type="checkbox"/>	ab und zu <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	
<b>Schlaf</b>	Stunden	_____			
<b>Fiebrige Erkrankung (14 Tagen)</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	ò	_____	
<b>Ärztliche Behandlung zur Zeit</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	ò	_____	
<b>Schwangerschaft</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	ò	_____	

**Spezielle Anamnese**

**Wo macht sich der Schmerz bemerkbar?** \_\_\_\_\_

**Seit wann haben Sie die beschwerden?** \_\_\_\_\_

**Wann treten die Beschwerden auf?** \_\_\_\_\_

**Wie fühlt sich der Schmerz an?**  pochend  dumpf  stechend  bohrend  ziehend  reißend  gleich bleibend

**Wie stark sind die Schmerzen?** 0 = Kaum spürbar bis 10 =extrem heftig

**Wodurch werden die Schmerzen?**

**ausgelöst?** \_\_\_\_\_

**verstärkt?** \_\_\_\_\_

**verringert?** \_\_\_\_\_

**Bemerkung**

ò \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_

Anamnesebogenerhebung durch \_\_\_\_\_

Alle in diesen Fragebogen enthaltenen Daten werden vertraulich behandelt.