

## Anamnese Erstkonsultation HP

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Alter:	Tag d. Untersuchung:
Anschrift:	Tel. / Handy:	E-Mail:	Versicherung:	Sonstiges: <input type="checkbox"/> Brillenträger <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Behinderung

### Wichtige Angaben / Befunde:

Größe:	Gewicht:	Blutdruck:	Puls:	AZ / EZ:
cm	kg	mmHG	/ min	

### Notfallausschluss:

Puls / Blutdruck:	Bewusstseinstrübungen:
Akute Atemnot:	Akute Lähmungen:
Brettharter Bauch:	Traumen:

### Spontanbericht: Was führt Sie zu mir?

Patienten frei sprechen lassen (Was / wann / wo / wie lange / wie oft?)

### Familienanamnese:

Vater:	Mutter:	Geschwister:	Eigene Kinder:

### Sozialanamnese:

Familienstand (Note für Ehe Skala 1-10):	Erlerner Beruf:	Ausgeübte Tätig.:	Berufl. Belastungen:	Wohnsituation:
Anzahl Kinder:	Freizeit / Hobbies:	Sport:	Haustiere: Zeckenbiss: Erythem:	Allg. Zufriedenheit (Skala 1-10):

### Eigenanamnese:

Kinderkrankheiten:	Impfungen:	Vorerkrankungen:	OPs:
Stoffwechsel: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gicht <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie <input type="checkbox"/> Hypertonie			
Auslandsaufenthalte:(Wann / wo):			
Blutgruppe:			

# Anamnese Erstkonsultation HP

## Ernährungsanamnese:

Appetit:	Vegetarier / Veganer:	Sodbrennen / Schluckbeschwerden:	Schmerzen im Zhg. Nahrungsaufn.:	Abneigungen:
Diäten:	Gewichtsschwankungen Gewollt: Ungewollt:	Übelkeit / Erbrechen:	Heißhunger / „Fressattacken“:	Durst: bevorzugte Getränke:

## Organsysteme:

Kopf Schmerzen: Fieber: Schwindel:	Thorax Atemnot: unter Belastung?  Husten: Auswurf:  SD:	Urologie Urin: Farbe: Menge: Nykturie:	Stuhl <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> geformt <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhoe Farbe: Konsistenz:	Schlaf <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Einschlafprobleme <input type="checkbox"/> Durchschlafprobl. <input type="checkbox"/> zeitiges Früherwachen
Schlafbegleitend <input type="checkbox"/> Schnarchen <input type="checkbox"/> starke Träume <input type="checkbox"/> starke Schweißbildung Schlafstellung:	Abdomen Schmerzen, wo?	Bewegungsapparat WS:  Extremitäten:	Sinne Augen: Ohren: Sensibilität:  Geschmack: Riechen:	Psyche

## Gynäkologische / urologische Anamnese:

Frauen	Letzte Vorsorge:	Männer
Mensis (stark / schwach / keine):	Hormonelle Medikat.: Verhütung:	Letzte KVU:
Schwangerschaften:	Schmerzen beim GV:	Miktionsverhalten:
Geburten:		Schmerzen beim GV:

## Medikamentenanamnese:

Verordnete Medikamente			Nicht verordnete Medikamente	
Mittel:	Wofür:	Von wem:	Nahrungsergänzungen:	Sonstige:

## Suchtanamnese:

Alkohol	Drogen	Medikamente	sonstige	
Seit wann:	Seit wann:	Wie viel:	Rauchen:	Workaholic:
Menge:	Welche:	Welche:	Spielsucht: Sammelsucht:	Sexsucht:
Was:			Pyromanie:	Internet:

## Suizidalität

Schon mal darüber nachgedacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verübte Versuche:

## Hausarzt und weitere Behandler:

--	--	--