

Name, Vorname / Alter / Besonderheiten		
ANAMNESE		
		BEMERKUNGEN
<u>LEITSYMPTOM/aktuelle Anamnese</u>		
Lokalisation und Ausbreitung		
Qualität		
Schweregrad		
Zeitliches Auftreten		
Verstärkung oder Linderung		
Auslösende Faktoren		
Begleitsymptomatik		
Vorerkrankungen		
(mit Bezug zum Leitsymptom)		
<u>Vegetative Anamnese</u>		
	o.p.B.	<input type="checkbox"/>
Appetit / Durst		<input type="checkbox"/>
Gewicht		<input type="checkbox"/>
Husten, Auswurf		<input type="checkbox"/>
Atemnot		<input type="checkbox"/>
Stuhlgang: Durchfall, Verstopfung		<input type="checkbox"/>
Wasserlassen: Inkontinenz, Brennen		<input type="checkbox"/>
Temperatur, Schüttelfrost		<input type="checkbox"/>
Sodbrennen, Völlegefühl, Blähungen		<input type="checkbox"/>
Schlaf		<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß		<input type="checkbox"/>
Leistungsknick		<input type="checkbox"/>
Menses, Sexualanamnese		<input type="checkbox"/>
weitere Störungen		<input type="checkbox"/>
<u>Vorerkrankungen</u>		
	nein	<input type="checkbox"/>
Neurologie		<input type="checkbox"/>
Sinnesorgane		<input type="checkbox"/>
Herz, Kreislauf		<input type="checkbox"/>
Arterogene Risikofaktoren		<input type="checkbox"/>
Lunge, Bronchien		<input type="checkbox"/>
Nieren		<input type="checkbox"/>
Magen/Darm		<input type="checkbox"/>
Leber, Galle, Pankreas		<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel		<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen		<input type="checkbox"/>
Rheuma		<input type="checkbox"/>
Extremitäten		<input type="checkbox"/>
Maligne Erkrankungen		<input type="checkbox"/>
Infektionen, Impfungen		<input type="checkbox"/>
weitere Erkrankungen		<input type="checkbox"/>
<u>Medikamentenanamnese</u>		
	nein	<input type="checkbox"/>
Aktuelle Medikation		<input type="checkbox"/>
evtl. Frühere Medikation		<input type="checkbox"/>
Bedarfsmedikation		<input type="checkbox"/>
<u>Allergien / Unverträglichkeiten</u>		
	nein	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
<u>Genussmittel / Drogen</u>		
	nein	<input type="checkbox"/>
Alkohol		<input type="checkbox"/>

Nikotin	<input type="checkbox"/>	
Drogen	<input type="checkbox"/>	
Familienanamnese		
	k.A.	<input type="checkbox"/>
Eltern		<input type="checkbox"/>
Geschwister		<input type="checkbox"/>
Kinder		<input type="checkbox"/>
Sozialanamnese		
	unauffällig	<input type="checkbox"/>
Beruf		<input type="checkbox"/>
Arbeitsunfähigkeit		<input type="checkbox"/>
Rente		<input type="checkbox"/>
Behandelnde Ärzte		