

Anamnesebogen (Ein Service von www.medizinstudent.de)

Name	Strasse	Personenstand
Vorname	Wohnort	Konfession
Geb-Datum	Telefon 0	Staatsangehörigt. <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____
Versicherung	Aufnahme	Entlassung
Hausarzt	Einweisend. Arzt	Anschrift Angehörige
Alter	J. Grösse	cm Gewicht kg Tel. Angehörige

frühere Anamnese

Gehirn	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> Krampfleiden	Pankreas, Darm	<input type="checkbox"/> Pankreatitis <input type="checkbox"/> M. Crohn <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Diabetes
Lungen	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> TBC	Niere	<input type="checkbox"/> Nephritis <input type="checkbox"/> Pyelitis <input type="checkbox"/> Pyelonephritis <input type="checkbox"/> Nephrolithiasis
Leber/ Galle	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Gallensteine <input type="checkbox"/> Cholezystitis	Magen	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Ulcus ventri. <input type="checkbox"/> Ulcus duodeni. <input type="checkbox"/> Gastritis
Herz/ Kreislauf	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Hypotonie	sonstige Operationen/ Unfälle/ Sonstiges	
Jetzige Beschwerden			
Medikamente			

Allgemeines zur Vorgeschichte

Allergien	Nikotin	Alkohol	Durst	Appetit	
Gewicht	kg Schwitzen	Stuhlgang	Abführmittel		
Urin	Menge: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Polyurie <input type="checkbox"/> Oligurie <input type="checkbox"/> Anurie <input type="checkbox"/> Pollakisurie <input type="checkbox"/> Nykturie: ___mal	Aussehen: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> braun <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> trübe	Gyn: Periode <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> letzte P. am ___ <input type="checkbox"/> Menorrhagien <input type="checkbox"/> Menopause seit _____ <input type="checkbox"/> Geburten <input type="checkbox"/> Fehlgeburten <input type="checkbox"/> Ovulationshemmer _____	Schlaf: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Einschlafstörung <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung <input type="checkbox"/> Schlafmittel: _____	Sonstiges: <input type="checkbox"/> Ruhedyspnoe <input type="checkbox"/> Belastungsdyspnoe <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Auswurf <input type="checkbox"/> Beinödeme seit _____
Miktion: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> Nachtröpf. <input type="checkbox"/> Brennen <input type="checkbox"/> Harnverh. Sonstiges					

Familienanamnese

Vater: <input type="checkbox"/> lebt <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> leidet/litt an _____	Mit ___ Jahren gestorben an _____	Mutter: <input type="checkbox"/> lebt <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> leidet/litt an _____	Mit ___ Jahren gestorben an _____	Ehepartner: <input type="checkbox"/> lebt <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> leidet/litt an _____	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Geisteskrankh. <input type="checkbox"/> Krebs
---	-----------------------------------	--	-----------------------------------	--	--

persönlich soziales

Beruf	Wie lange?	berufl Expositionen
Renten: <input type="checkbox"/> BU <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> WDB <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> BK _____ %	Arbeitsunfähig seit: _____	Bes. seelische Belastgen, Sonstiges

Befund: Allgemeines

Körperbau/ Konst. <input type="checkbox"/> schlank (leptos.) <input type="checkbox"/> vollschlank <input type="checkbox"/> adipös (pyknisch) <input type="checkbox"/> normosom <input type="checkbox"/> athletisch	Kräftezustand: <input type="checkbox"/> unauffällig, gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> kachektisch	Hautturgor: <input type="checkbox"/> unauff. <input type="checkbox"/> schlaff <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> kalt Turgor der Bulbi: <input type="checkbox"/> unauffällig	Hautfarbe: <input type="checkbox"/> unauff. <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> cyanot. <input type="checkbox"/> ikter. <input type="checkbox"/> pigment. <input type="checkbox"/> Blutung <input type="checkbox"/> Exanthem	Allgemeinzust: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> reduz. <input type="checkbox"/> desolat Narben: <input type="checkbox"/> keine Psyche: <input type="checkbox"/> unauff	Bewusstst. (=Sensorium): <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> comatös <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> apathisch
--	---	--	--	---	--

Kopf und Hals

Beweglichkeit: <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> Meningismus <input type="checkbox"/> Schwindel (VIII)	Kalotten-Klopfschm. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Klopfschmerz Trigemini: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ohren: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Sekretion <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Otitis rechts/ links <input type="checkbox"/> Tropfi <input type="checkbox"/> Ohrmuscheln	Nase: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Atmung behindert <input type="checkbox"/> Septumdeviation <input type="checkbox"/> Sattelnase <input type="checkbox"/> Rhinitis <input type="checkbox"/> NNHklopfschm. <input type="checkbox"/> Geruchsempf. normal	Lippen: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/> cyanotisch <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Rhagaden	Zunge: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> belegt <input type="checkbox"/> atrophisch <input type="checkbox"/> weisslich <input type="checkbox"/> braun <input type="checkbox"/> Seitabweichg b. Herausstrecken (IX)
Gebiss: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausr. saniert <input type="checkbox"/> lückenhaft <input type="checkbox"/> Karies <input type="checkbox"/> Parodontose <input type="checkbox"/> Vollproth. o/u <input type="checkbox"/> Teilproth. o/u	Rachenring: <input type="checkbox"/> reizlos <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> Schleimstrasse Uvula: <input type="checkbox"/> geschwollen <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> symmetrisch (IX+X)	Tonsillen: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hypertroph <input type="checkbox"/> zerklüftet <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> entfernt <input type="checkbox"/> Beläge/ Pfröpfe:	Foetor: <input type="checkbox"/> unauff. <input type="checkbox"/> alkohol. <input type="checkbox"/> hepaticus <input type="checkbox"/> uräm	Schilddrüse: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Struma r-I -II-III <input type="checkbox"/> diffus nodulär <input type="checkbox"/> adenomatös <input type="checkbox"/> pulsierend <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> schluckbeweglich <input type="checkbox"/> Schluckakt subj. unbehindert <input type="checkbox"/> schmerzhaft	Halsvenen: <input type="checkbox"/> keine Einflusstauung <input type="checkbox"/> deutl. Stauung auch beim Sitzen <input type="checkbox"/> pos. Venenpuls <input type="checkbox"/> sichtbarer Karotidenpuls <input type="checkbox"/>
Lymphknoten: <input type="checkbox"/> keine Schwellung <input type="checkbox"/> Schwellung <input type="checkbox"/> Verschieblichkt. Grösse: _____					Hirnnerven: <input type="checkbox"/> Mimik unauffällig (VII)

Augen

<input type="checkbox"/> Sklerenikterus	<input type="checkbox"/> Strabismus	<input type="checkbox"/> Nystagmus	<input type="checkbox"/> Exophthalmus	<input type="checkbox"/> Folgebewgg.	Perimetrie: <input type="checkbox"/> norm.
Pupillen: <input type="checkbox"/> isokor <input type="checkbox"/> anisokor <input type="checkbox"/> rund <input type="checkbox"/> entrundet <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> eng	<input type="checkbox"/> Rkt. auf Licht prompt u. seitengleich (II) <input type="checkbox"/> Cornealreflex (V)	<input type="checkbox"/> Rkt. auf Konvergenz vorh. Fundus: <input type="checkbox"/> normal	Sehvermögen: s.c.: % c.c.: %	Lider <input type="checkbox"/> unauffällig Konjunktiven <input type="checkbox"/> normal Skleren <input type="checkbox"/> normal Cornea/Linsen: <input type="checkbox"/> unauffällig	

Brustkorb/ Lunge

Form: <input type="checkbox"/> normal	Exkursionen:	Mamma: <small>lat. re.</small>  <small>med.</small>  <small>lat. li.</small>	Mamille:	Stimmfremitus
--	---------------------	---	-----------------	----------------------



<input type="checkbox"/> fassförmig <input type="checkbox"/> athlet. <input type="checkbox"/> schmal <input type="checkbox"/> deformiert (Trichtbr., Kielbr.)	<input type="checkbox"/> seitengleich beatmet <input type="checkbox"/> nachschieppd. r-l <input type="checkbox"/> Atembreite cm	<input type="checkbox"/> Knoten r-l <input type="checkbox"/> Ulcer r-l	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> eingezogen r-l <input type="checkbox"/> blutend r-l <input type="checkbox"/> Sekretion r-l	<input type="checkbox"/> normal "↓99" Bronchophonie <input type="checkbox"/> regelrecht "↑66" <input type="checkbox"/> seitengleich <input type="checkbox"/> seitendifferent
Atemung: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Orthopnoe <input type="checkbox"/> Tachypnoe	Lungengrenzen: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hochstehend <input type="checkbox"/> tiefstehend <input type="checkbox"/> seitendifferent <input type="checkbox"/> atemverschiebl.	Klopfschall: <input type="checkbox"/> unauffällig/ sonor <input type="checkbox"/> verkürzt <input type="checkbox"/> gedämpft <input type="checkbox"/> hypersonor	Atemgeräusch: <input type="checkbox"/> reines vesiculäres <input type="checkbox"/> bronchial <input type="checkbox"/> abgeschwächt <input type="checkbox"/> aufgehoben <input type="checkbox"/> verschärft <input type="checkbox"/> trockene (Øklingend) Rg. <input type="checkbox"/> blasige (klingende) Rg. <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> feinblasig <input type="checkbox"/> mittelblasig <input type="checkbox"/> grobblasig <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Giemen <input type="checkbox"/> Brummen <input type="checkbox"/> Pfeifen <input type="checkbox"/> Reiben	

Wirbelsäule: <input type="checkbox"/> kein Klopfeschmerz <input type="checkbox"/> Klopfeschmerz: _____ <input type="checkbox"/> Stauchungsschmerz <input type="checkbox"/> Kyphose/ Lordose/ Skoliose <input type="checkbox"/> Beweglichkeit passiv und aktiv ausreichend/eingeschränkt → Finger-Boden-Abstand: _____ cm	Nierenlager: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Druckschmerz <input type="checkbox"/> Klopfeschmerz <input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/> l
--	--

Herz

Grösse/ Grenzen <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> vergrö. <input type="checkbox"/> linksverbreitert ____ Quf. ausserh. MCL	Herzaktion: <input type="checkbox"/> rhythmisch <input type="checkbox"/> arrhythmisch	Herztöne: <input type="checkbox"/> rein. <input type="checkbox"/> path. Geräusche (P.M? rauh? giessend? leise?) Syst.: Diast.:	Puls: zentral ____/min peripher ____/min Pulsdefizit ____/min	Blutdr. RR (mmHg) liegend rechts ____/____ liegend links ____/____ stehend rechts ____/____ stehend links ____/____

Abdomen

Bauchdecke: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> straff <input type="checkbox"/> schlaff <input type="checkbox"/> adipös Narben: <input type="checkbox"/> alte <input type="checkbox"/> frische <input type="checkbox"/> reizlose nach _____	Leib: <input type="checkbox"/> unauff./weich <input type="checkbox"/> aufgetrieben <input type="checkbox"/> Druckschmerz <input type="checkbox"/> Abwehrspannung <input type="checkbox"/> Loslassschmerz <input type="checkbox"/> Resistenzen <input type="checkbox"/> Ascites	Darmgeräusche: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> vermindert <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> spritzend <input type="checkbox"/> Meteorismus	Leber: <input type="checkbox"/> normal konsisten <input type="checkbox"/> tastb ____cm MCL <input type="checkbox"/> nicht tastbar <input type="checkbox"/> vergrössert <input type="checkbox"/> glatt <input type="checkbox"/> höckrig <input type="checkbox"/> derb <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> druckschmerzhaft <input type="checkbox"/> scharfrandig <input type="checkbox"/> stumpf	Milz: <input type="checkbox"/> Øtastbar <input type="checkbox"/> vergrössert <input type="checkbox"/> glatt <input type="checkbox"/> höckrig <input type="checkbox"/> derb <input type="checkbox"/> druckschmerzhaft	
Lymphk <input type="checkbox"/> suprcl. r-l <input type="checkbox"/> infracl. r-l <input type="checkbox"/> axillär r-l <input type="checkbox"/> inguina r-l	Bruchpforten: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Leiste rechts <input type="checkbox"/> Leiste links <input type="checkbox"/> Schenkel rechts <input type="checkbox"/> Schenkel links <input type="checkbox"/> Nabel <input type="checkbox"/> Epigastrium <input type="checkbox"/> Einklemmung	Genitale männl. <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Hoden r-l <input type="checkbox"/> Nebenhoden r-l <input type="checkbox"/> Cremasterrefl r-l <input type="checkbox"/> Penis Genitale weibl.: <input type="checkbox"/> unauffällig	Rectal digital: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> äussere/ innere Hämorrhoiden bei ____ Uhr <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> normaler Sphinktertonus <input type="checkbox"/> Schleimha ut glatt u. gut verschieblich <input type="checkbox"/> Douglas Raum frei	Prostata: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gross (____g) <input type="checkbox"/> klein <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> brethart <input type="checkbox"/> höckerig <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> adenomkonsist. <input type="checkbox"/> seitl. abgrenzb.	

Extremitäten:

Sensibilität	Gesicht	Rumpf	Obere	Untere Extr.		rechts links (++) gesteigert, + normal, (-) schwach, - fehlend
Berührung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biceps-SR (C6)	
Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Triceps-SR (C7)	
Temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bauchhaut-R	
Vibration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patellar-SR (L4)	
					Achilles-SR (S1)	
Arterien: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> geschlängelt <input type="checkbox"/> verhärtet		Sonstiges:				
Arm: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Trommelschlegelfi nger <input type="checkbox"/> troph. Störung <input type="checkbox"/> Deformität <input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Erguss	Bein: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> troph. Störung <input type="checkbox"/> Deformität <input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Erguss Öedeme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Venenstatus: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Varicosis leicht – mittel – schwer <input type="checkbox"/> Obersch. r-l <input type="checkbox"/> Untersch r-l	Pulse: •A. temp. <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links •A. rad. <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links •A. fem. <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links •A. poplitea <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links •A. tib. post. <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links •A. dors. pedis <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links			

Nervensystem:

path. Reflexe: <input type="checkbox"/> Trömner r-l <input type="checkbox"/> Babinski r-l <input type="checkbox"/> Gordon pos/neg <input type="checkbox"/> Oppenheim <input type="checkbox"/> Rossolimo <input type="checkbox"/> Romberg pos/neg	<input type="checkbox"/> Atrophien <input type="checkbox"/> Sprachstörungen <input type="checkbox"/> Wesensändg.
--	--

Diagnosen/ Probleme

	ICD	Therapie	Anordnungen
1.			
2.			
3.			

Procedere:

Nachlesen

1.	
2.	