

Anamnesebogen

Alle Angaben in diesem Bogen können einen Einfluss darauf haben, ob und wie Medikamente bei Ihnen wirken. Daher bitten wir Sie, ehrlich zu antworten. Sie sind aber selbstverständlich freiwillig und werden vertraulich behandelt.

Geschlecht: männlich weiblich sonstige: _____

Geburtsdatum: _____ **Größe [in cm]:** _____ **Gewicht [in kg]:** _____

Wie viel Tabak konsumieren Sie pro Tag?

Wie viel Alkohol konsumieren Sie pro Woche/Monat?

Wie viele andere Substanzen konsumieren Sie pro Woche/Monat und welche?

Allergien, Nebenwirkungen von Medikamenten in Vergangenheit:

Besonderheiten/Auffälligkeiten bei früher eingenommenen Medikamenten:

Welche Krankheiten wurden bei Ihnen bisher festgestellt?

Diagnose	Datum

Welche Beschwerden sind innerhalb der letzten 4 Wochen bei Ihnen aufgetreten und wie stark waren diese ausgeprägt?

Markieren Sie für jede gelistete Beschwerde die Antwort, die am ehesten beschreibt wie diese Beschwerde innerhalb der letzten 4 Wochen bei Ihnen ausgeprägt war.

Formulieren Sie weitere aufgetretene Beschwerden innerhalb der letzten 4 Wochen unter "Weitere Beschwerden" und markieren Sie jeweils deren Ausprägung. Sie können Kommentare zu aufgetretenen Symptomen in den entsprechenden Feldern hinterlassen.

Beschwerde	leicht	mittel	stark	Kommentar
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magenbeschwerden/ Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit/ Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Probleme beim Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
geschwollene Beine/ Knöchel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel/ Gangunsicherheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sturz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Müdigkeit/ Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gedächtnisprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Potenzschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blaue Flecken (mehr als sonst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nasen-/Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Juckreiz/ Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(hier Symptom eintragen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 24 Stunden im Durchschnitt, wenn 0 = kein Schmerz und 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz bedeuten?

Sie können ergänzende Kommentare im entsprechenden Feld formulieren (z. B. zur Art der aufgetretenen Schmerzen).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kein Schmerz Stärkster vorstellbarer Schmerz

Kommentar:

Wie sehr beeinträchtigt die Einnahme/Anwendung von Arzneimitteln Ihren Alltag?

Sie können ergänzende Kommentare im entsprechenden Feld formulieren.

überhaupt nicht wenig mittelmäßig überwiegend völlig

Kommentar:

Haben Sie Fragen zu Ihren Medikamenten?
