

Anamnesebogen – Monitoring

Der nachfolgende Bogen kann als Grundlage/Beispiel für ein Erstgespräch im Rahmen der Anamnese bzw. auch für ein Verlaufsgespräch im Rahmen eines Monitorings genutzt werden.

Name und Adresse: _____

Datum: _____

Biopsychosozialer Anamnesebogen internistische Rheumatologie:

Aktuelle Beschwerden:

Bio-logisch (z. B. Art, Lokalisation (Gelenke, Rücken), Dauer, Intensität nach Stufe 1-10):

Psycho-logisch (z. B. Stimmungslage, Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit):

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?

2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Sozial (z. B. Beruf, Freizeitaktivitäten, Hobbys):

Körperliche Aktivität pro Woche:

Raucherstatus:

Seit wann? _____

Wie viele Zigaretten pro Tag?: _____

ggf. Ex-Nikotin seit: _____

Alkoholkonsum (Art, Menge) :

täglich: _____

wöchentlich: _____

gelegentlich: _____

Impfstatus:

Nein

Ja

Datum der Impfung:

Diphtherie / Tetanus / Pertussis	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Masern / Mumps / Röteln	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saisonale Influenza-Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes zoster / Varizellen	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Reiseimpfungen (Gelbfieber) nötig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malariaprophylaxe geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Größe: _____

Gewicht: _____

Alter: _____

Bekannte Vorerkrankungen (aktuell oder in der Vergangenheit):

Erkrankung	Nein	Ja	Hinweis
Bluthochdruck			Seit wann bekannt:
Erhöhte Blutfettwerte			
Herzerkrankung / Herzinfarkt			Wann:
Schlaganfall			Wann:
Durchblutungsstörung in den Beinen oder Halsgefäßen			Seit wann bekannt:
Diabetes (Zuckererkrankung)			Seit wann bekannt:
Nierenerkrankung (eingeschränkte Nierenfunktion)			Letzte Laborkontrolle (GFR):
Depression			Mehrfach: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> , wann zuletzt:
Lebererkrankungen (Hepatitis, Leberzirrhose)			
COPD/Asthma			Wann war die letzte Verschlechterung:
Osteoporose (Knochenschwund)			Knochendichtemessung erfolgt:
Tuberkulose			Wann:
Krebserkrankung			Welche:
Magengeschwür (Ulcus)			Wann:
Entzündliche Darmerkrankung			Wann letzter Schub:
Gürtelrose			Wann zuletzt:
Weitere Beschwerden oder			Welche:

sonstige Vorerkrankungen:			
Unfälle			Welche:

Familiäre Vorgeschichte:

Herzinfarkte in jungen Jahren (< 60 Jahre): Ja Nein

Krebserkrankungen: Ja Nein , welcher Art?: _____

entzündlich rheumatische Erkrankungen: _____

Sind für die kommenden 6-12 Monate Operationen geplant?

Wenn ja, welche?

Bei welchen Fachärzten waren Sie innerhalb der letzten 12 Monaten in Behandlung, insbesondere auch bei Zahnärzten (aktueller Zahnstatus)?

Aktueller Kinderwunsch?

	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Aktuelle Empfängnisverhütung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Aktuelle Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Aktuelle Stillzeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Sind Allergien (Medikamente, Nahrungsmittel, Sonstiges) bekannt? Ja Nein

Welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf ein, auch unabhängig von ärztlichen Verordnungen, welche Sie privat kaufen?

Präparat (Name)	Dosis (mg)	Indikation (Wofür? / Wogegen?)	Einnahme (morgens / mittags / abends?)
