

KONTAKTDATEN

NAME:

VORNAME:

ALTER:

GEWICHT:

GRÖßE:



HA: (HAUSARZT)

AB (AKTUELLE BESCHWERDEN):

WAS? (HAUPTBESCHWERDE)

WO?

WANN / SEIT WANN?

WOMIT? (ZU FUB, EINWEISUNG, ÜBERWEISUNG, RETTUNGSWAGEN, VERLEGUNG)

PLÖTZLICH ODER LANGSAM?

MEDIKAMENTE EINGENOMMEN?

WIE STARK?

SCHMERZQUALITÄT?

WANDERUNG?

AUSSTRAHLUNG?

WELLENFÖRMIG?

LINDERUNG ODER VERSTÄRKUNG?

AUSLÖSER?

DAUERHAFT ODER UNTERBROCHEN?

IM LAUFE DER ZEIT?

FRÜHER SCHON EINMAL GEHABT?

SCHON BEI EINEM ANDEREN ARZT GEWESEN?

WEITERE BESCHWERDEN?

VA (VEGETATIVE ANAMNESE):

- FIEBER (°C) SCHÜTTELFROST SCHWITZEN FRIEREN
- APPETIT DURST GEWICHT ↑↓ UNVERTRÄGLICHKEITEN
- HUSTEN ATEMNOT AUSWURF SCHNELLATMUNG
- ÜBELKEIT ERBRECHEN SODBRENNEN VÖLLEGEFÜHL
- HERZSTOLPERN HERZRASEN BRUSTENGE SONSTIGES
- STUHLGANG FARBE
 DURCHFALL VERSTOPFUNG BLÄHUNGEN FORM ↔
- WASSERLASSEN FARBE
 INKONTINENZ BRENNEN MENGE ↑↓ GESCHLECHTSVER. ↓
- SCHWINDELIG BEWUSSTSEIN ↓ SCHLAFEN ↑↓ MÜDIGKEIT

SPA (SPEZIELLE ANAMNESE) & WEITERE INFOS:

G (GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE):

VE (VORERKRANKUNGEN):

VO (VOROPERATIONEN):

M (MEDIKAMENTE):

A (ALLERGIEN):

RI (REISEN & IMPFUNGEN):

N (NOXEN):

FA (FAMILIENANAMNESE):

SA (SOZIALANAMNESE):