Anamnesebogen Klinisch-Pharmakologische Ambulanz	
Name, Vorname:	**Geburtsdatum:**

Adresse:

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Stadt: _____

Versichertenstatus:

❑ gesetzlich versichert: _____

❑ privat versichert: _____

❑ Beihilfe	❑ freie Heilfürsorge	❑ Sozialamt
❑ Polizei	❑ Bundeswehr	❑ Selbstzahler

Hausarzt:

Sind Sie einverstanden, dass wir Ihrem Hausarzt/behandelnden Arzt Ihre Befunde übermitteln ❑ ja ❑ nein

Name Ausfüllender (falls abweichend): _____

Telefonnummer (Kontaktperson): _____

E-Mail-Adresse (Kontaktperson): _____

Anamnesebogen Klinisch-Pharmakologische Ambulanz

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Konkrete Fragestellung:

Warum stellen Sie sich in unserer Ambulanz vor? Wie sollen wir Ihnen helfen?

Aktuelle Beschwerden ❑ keine Beschwerden

aktuelle Symptome mit ungefährem Beginn, relevante Beschwerden in der Vorgeschichte mit ungefährem Beginn und ggf. Ende

Symptome (innerhalb der letzten 4 Wochen)	**(ungefährer) Beginn**
❑ (starke) Kopfschmerzen	
❑ (starker) Schwindel	
❑ Stürze	
❑ Luftnot	
❑ Husten	
❑ Stechen in der Brust	
❑ Herzstolpern	
❑ Herzrasen	

Anamnesebogen Klinisch-Pharmakologische Ambulanz

Symptome (innerhalb der letzten 4 Wochen)	**(ungefährer) Beginn**
❑ Mundtrockenheit	
❑ Schluckbeschwerden	
❑ regelmäßige Bauchschmerzen	
❑ Sodbrennen	
❑ Übelkeit/Erbrechen	
❑ Schlaflosigkeit	
❑ Tagesmüdigkeit	
❑ Depressive Stimmung	
❑ Euphorische Stimmung	
❑ Verwirrtheit	
❑ Sehstörungen	
❑ Durst nicht normal	
❑ Appetit nicht normal	
❑ Stuhl auffällig (Farbe/Konsistenz/Frequenz)	
❑ Blasenentleerungsstörungen	
❑ Sexualstörungen (Libido-, Potenzstörungen)	
❑ Juckreiz	
❑ Hautausschlag	
❑ Geschwollene Beine/Ödeme	
❑ Blutungen (Zahnfleisch/Hämatome)	
❑ wiederholtes Fieber >38,5°C	
❑ Gewichtsverlust (> 10% in 6 Monaten)	
❑ Nachtschweiß (Bettzeug/Schlafanzug nass)	

Anamnesebogen Klinisch-Pharmakologische Ambulanz

Alkoholkonsum: ❑ gar nicht ❑ gelegentlich ❑ wöchentlich ❑ täglich

Getränk	**konsumierte Einheiten / Zeit**
Flasche Bier (500 ml)	
Glas Wein (150 ml)	
Flasche Wein (750 ml)	
Glas Schnaps (20 ml)	

Nikotin:

❑ nie geraucht ❑ Raucher: _____ Packungen pro Tag seit _____ (Jahr)

❑ Ex-Raucher: _____ Packungen pro Tag von _____ bis _____ (Jahr)

Koffein: ❑ gar nicht ❑ gelegentlich ❑ wöchentlich ❑ täglich

Nahrungsergänzungsmittel:

Vitamine	**Mineralstoffe**
❑ Vitamin A	❑ Natrium
❑ Vitamin B1 = Thiamin	❑ Kalium
❑ Vitamin B3 = Niacin	❑ Calcium
❑ Vitamin B6	❑ Magnesium
❑ Vitamin B9 = Folsäure	❑ Eisen
❑ Vitamin B12 = Cobalamin	❑ Zink
❑ Vitamin C	❑ Selen
❑ Vitamin D	❑ Iod
❑ Vitamin E = Tocopherol	❑ Kupfer
❑ Vitamin H = Biotin	❑ Kombinationspräparat (bitte ausführen)
❑ Vitamin K	
❑ Sonstige (bitte ausführen)	**Sonstige**
	❑ Melatonin

Anamnesebogen Klinisch-Pharmakologische Ambulanz

Lebensmittel, die Sie regelmäßig einnehmen:

Lebensmittel	**Wie oft?**
❑ Pfefferminze	
❑ Grapefruit/Pampelmuse	
❑ Lakritz	
❑ Brokkoli	
❑ Knoblauch	
❑ Kurkuma/Curcurmin	
❑ Cumarin	
❑ Ingwer	
❑ Baldrian	
❑ Johanniskraut	
❑ Teufelskralle	
❑ Ginkgo	
❑ Gelbwurzel	
❑ Ginseng	
❑ Weihrauch	

Drogen: ❑ gar nicht

_____ (Name) ❑ gelegentlich ❑ wöchentlich ❑ täglich

von _____ bis _____ (Jahr)

_____ (Name) ❑ gelegentlich ❑ wöchentlich ❑ täglich

von _____ bis _____ (Jahr)

Anamnesebogen Klinisch-Pharmakologische Ambulanz

Vorerkrankungen ❑ keine

Diagnose	(ungefährer) Beginn	ggf. (ungefähres) Ende

Voroperationen ❑ keine

Operation	Grund	(ungefährer) Zeitpunkt

Anamnesebogen Klinisch-Pharmakologische Ambulanz

Vorerkrankungen	Kommentar
❑ Schlaganfall	
❑ Angina pectoris (Stechen in der Brust)	
❑ Herzinfarkt	
❑ Herzrhythmusstörungen	
❑ Arterielle Hypertonie	
❑ Thrombosen/Embolien	
❑ Asthma	
❑ COPD (chronische Lungenerkrankung)	
❑ Magengeschwüre	
❑ Darmpolypen	
❑ Chronisch-entzündliche Darmerkrankung	
❑ Gallensteinleiden	
❑ Hepatitis / Ikterus	
❑ Einschränkung der Nierenfunktion	
❑ Nierensteine	
❑ Fettstoffwechselstörungen	
❑ Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	
❑ Schilddrüsenerkrankung	
❑ Tumorerkrankung	
❑ HIV	
❑ Psychische Erkrankungen	
❑ Epilepsie	

UNIVERSITÄT BONN

ukb universitäts klinikumbonn

SZB Studienzentrum Bonn
Studienzentrale und Phase I-Einheit

Anamnesebogen Klinisch-Pharmakologische Ambulanz

Allergien: ❑ Nein ❑ Ja:

Abfrage	**Kommentar**
❑ Medikamente	
❑ Antibiotika	
❑ Lokalanästhetika	
❑ Pflaster	
❑ Kontrastmittel	
❑ Andere	

Zyklusanamnese: ❑ männlich/nicht zutreffend ❑ regelmäßig ❑ Menopause

Kontrazeption: ❑ nicht erforderlich/natürlich ❑ hormonell ❑ operativ

Beruf: _____

Weitere Dokumentation / Freitext:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

_____ _____

(Ort, Datum) *(Unterschrift)*