

Anamnesebogen Klinisch-Pharmakologische Ambulanz

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Stadt: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

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

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 ☐ vermehrt ☐ reduziert	
☐ Appetit nicht normal ☐ vermehrt ☐ reduziert	
☐ Stuhl nicht normal (Farbe/Konsistenz/Frequenz) - falls zutreffend Beschreibung _____	
☐ 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

Andere Drogen: ☐ noch nie ☐ gelegentlich ☐ wöchentlich ☐ täglich

☐ vormaliger Konsum

Welche? _____

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	
☐ Vitamin K	

Anamnesebogen Klinisch-Pharmakologische Ambulanz

☐ Kombinationspräparate (Namen der Präparate)	
☐ weitere, z.B. Melatonin etc.	

Lebensmittel, die Sie regelmäßig zu sich nehmen:

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

Bewegung/Sport:

☐ gar nicht ☐ gelegentlich ☐ wöchentlich ☐ täglich

Welcher Art? _____

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	
☐ Osteoporose	
☐ Laktoseintoleranz	

Anamnesebogen Klinisch-Pharmakologische Ambulanz

Allergien: ☐ Nein

☐ Ja, welche (bitte in Tabelle angeben):

Abfrage	Kommentar
☐ Antibiotika	
☐ Lokalanästhetika	
☐ Kontrastmittel	
☐ andere Medikamente	
☐ Pflaster	
☐ Andere (z.B. Pollen, Nahrungsmittel etc.)	

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)