

# ANAMNESEBOGEN

Krankenhaus zur Ärztlichen Gesprächsführung A  
Musterstraße 87  
A-1090 Wien

PatientInnenetikette

## Ärztliche Anamnese

ZuweiserIn (Arzt/Ärztin, Krankenhaus):

Aktuelle Erkrankung:

Vorläufige Diagnose:

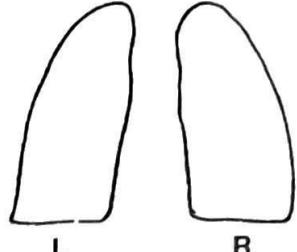
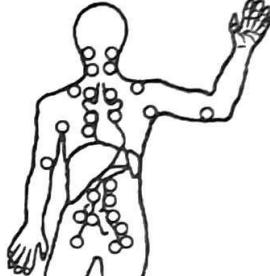
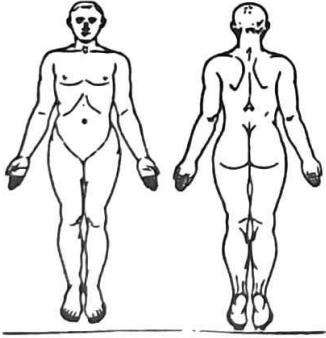
Allergien/Medikamentenunverträglichkeit:

Bisherige Medikamente und Verordnungen:


**Frühere Erkrankungen, Operationen, Spitalsaufenthalte, Familienanamnese:**

<b>Kinder- und Infektionskrankheiten:</b>  <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Variecellen <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Hepatitis Ⓛ Ⓜ Ⓝ <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Sonstige:  	<input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Hyperlipidämie <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Epilepsie	
	<b>Nikotin:</b>	
	<b>Alkohol:</b>	
	<b>Drogen:</b>	
<b>Impfungen:</b>	<b>Gyn. Anamnese:</b> Partus:      Abortus: Pille/Spirale: Letzte gyn. Kontrolle:	Menarche: Zyklus: Menopause:
<b>Orientierung:</b>		
<b>Gedächtnis:</b>		
<b>Stimmungslage:</b>		
<b>Schlaf:</b>		

# Status Präsens

<b>AZ/EZ:</b>	<b>RR re./RR li.:</b>	<b>Pulsfrequenz:</b>
<b>Größe:</b> _____ cm <input type="checkbox"/> erfragt <input type="checkbox"/> gemessen		<b>Gewicht:</b> _____ kg <input type="checkbox"/> erfragt <input type="checkbox"/> gewogen
<b>Kopf / Hals:</b> Zunge:      Tonsillen:      Rachen:      Foetor:		
Augen/Pupillen: Schilddrüse:		
<b>Herz:</b> Perkussion:  Auskultation:	<b>Lunge:</b> Atemfrequenz: Perkussion:  Auskultation:	 <b>L</b> <b>R</b>
<b>Abdomen:</b> Druckschmerz: Resistenz: Darmgeräusche: Leber: Milz:	Hernien:  Nierenlager:  Rektal:	<b>Lymphknoten:</b> 
<b>Haut:</b> 	<b>Neurostatus</b> Tremor:      Rigor: Peripherie Reflexe:      Pyramidenzeichen:  Paresen:      Hirnnerven:  Sensibilität:	
<b>Gefäße:</b> Varizen:  Ödeme:  Tastbare Pulse: rechts      links Ellenbeuge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radialis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kniekehle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fußpulse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Bewegungsapparat:</b> WS: Gelenke:  Muskulatur:	
<u>Erhoben am:</u> _____ <u>um:</u> _____ <u>Uhr:</u> _____		
<u>von:</u> _____		