

## 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: \_\_\_\_\_

<b>Impfstatus:</b>	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):**

<b>Erkrankung</b>	Nein	Ja	<b>Hinweis</b>
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?)
