



## Martin F. J. Bauer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (Mitglied / empf. Untersucher DGSP)  
Akupunktur, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Tauchtauglichkeitsuntersucher (GTÜM e. V.), Reisemedizin  
Psychosomatische Grundversorgung, Hausärztliche Versorgung, Notarzt, Medizinischer Gutachter  
Hauptstraße 71 • 12159 Berlin, Tel: (030) 810 309 55 -0 • Fax: - 9  
team@hausarzt-bauer.eu • www.hausarzt-bauer.eu

### Medizinische Anamnese PERSONALIEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder (Anzahl/Alter): \_\_\_\_\_

#### Teil A

### KRANKHEITSVORGESCHICHTE

**GESAMTE** Vorgeschichte oder  **ERGÄNZUNGEN** seit letzter Untersuchung vom: \_\_\_\_\_  
(nur möglich, wenn Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

Befanden Sie sich in letzter Zeit in **ärztlicher Behandlung**? (was/wann)

---

---

**Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, größere Verletzungen oder Unfälle, Krebserkrankung/Tumorleiden?** (was/wann):

---

---

---

---

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein (z. B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungshemmende Mittel, „Pille“)?

Wenn ja, welche und wieviele pro Tag? \_\_\_\_\_

---

---

Welche Erkrankungen gibt/gab es bei Blutsverwandten? \_\_\_\_\_

---

---

Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht eine **Schwangerschaft**? Ja / Nein Schwangerschaft(en): \_\_\_\_\_ Geburt(en): \_\_\_\_\_  
Fehlgeburt(en): \_\_\_\_\_, Menopause seit: \_\_\_\_\_ Letzte gynäkologische Untersuchung: \_\_\_\_\_

Vegetative Anamnese: \_\_\_\_\_ Schlaf: \_\_\_\_\_ Appetit \_\_\_\_\_ ; Trinkmenge \_\_\_\_\_ /d;  
Urinieren und Stuhlgang: \_\_\_\_\_ Nächtl. Wasserlassen: \_\_\_\_\_ Husten, Auswurf, Dyspnoe: \_\_\_\_\_  
Erbrechen, Übelkeit: \_\_\_\_\_ . Fieber: \_\_\_\_\_

Risikofaktoren: Übergewicht/Adipositas, (Nicht)Raucher, FA, Hypertonus, Diab. mell., HLP, Homocystein, Lp(a), Fibrinogen, Eu-/Dys-Stress, Bewegungsmangel.

#### Soziale Anamnese:

Geboren in: \_\_\_\_\_ Eltern: \_\_\_\_\_ Pflegenstellen: .  
Schulbildung: . Ausbildung: \_\_\_\_\_ Beruf: .  
Arbeitslosigkeit: . Rentenanspruch: \_\_\_\_\_ Stand: .  
Private Beziehungen: .

Bestehen **Allergien/Überempfindlichkeiten** (z.B. gegen Medikamente, Pflaster, Latex, Kontrast-, Nahrungsmittel, Pollen)

---

---

Treiben Sie **regelmäßig** (Ausdauer-)Sport, besteht ein **Bewegungsmangel**? Ja / Nein

Sportart(en) (was/wie oft): \_\_\_\_\_

---

---

Besonderheiten/Sportunfälle: \_\_\_\_\_

Wiewiel **Alkohol** trinken Sie? (Art/Menge) \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie? (Art/Menge) \_\_\_\_\_ Sind bei Ihnen erhöhte **Blutfettwerte** bekannt? Ja / Nein

Bei Übergewicht: Wie lange besteht das Übergewicht? \_\_\_\_\_ Jahre

**Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen?** (was/wann):

- **Kopf, Gehirn, Nervensystem, Psyche:** (z.B. Schädelhirntrauma, Schwindel/Gleichgewichtsstörungen/ Seekrankheit, Kopfschmerz/ Migräne, Bewußtlosigkeiten, Epilepsie, Rückenprobleme, Hirnhautentzündung, Lähmungen, Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacken, Depression, andere neurologische oder psychische Erkrankungen): \_\_\_\_\_

- **Augen, Nase, Nasennebenhöhlen, Ohren, Zähne:** (Sehvermögen herabgesetzt, Brille/Kontaktlinsen, grüner/grauer Star, häufige Katarrhe, Heuschnupfen, Nasenbluten, Entzündungen, Trommelfellriss, Ohrensausen, Tinnitus, Schwindel, Hörstörung/-gerät u.a.)

- **Lungen- und Atemwegserkrankungen:** (z.B. Tuberkulose, Staublunge, Lungenentzündung, Asthma, chron. Bronchitis, Lungenblähung, Pneumothorax, Atemnot und/oder Luftnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft)

- **Herz-Kreislauf-System:** (z.B. Herzinfarkt, Schmerz/Enggefühl im Brustkorb, Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, Venenentzündungen, Embolie, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)

- **Erkrankungen der Leber oder des Verdauungstraktes:** (z.B. Gelbsucht, Leberentzündung/Hepatitis, Leberverfettung/-verhärtung, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gallensteine, Magenschleimhautentzündung/Magen-/Zwölffingerdarmgeschwür, chron. Darmerkrankungen wie Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Darmverschluss, Geschwulst, Koliken, Leistenbrüche)

- **Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane:** (z.B. Entzündungen, Steine, Geschwülste)

- **Haut, Knochen, Gelenke, Muskulatur:** (z.B. Gelenk-/Weichteilrheumatismus, Hexenschuss, Bandscheiben/Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen, häufige Gelenkausrenkungen, Fehlstellungen, angeborene oder erworbene Muskelschwäche)

- **Stoffwechsel- oder Hormonerkrankungen:** (z.B. Zuckerkrankheit (Diabetes), Über-/Unterfunktion der Schilddrüse, Kropf)

- **Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung:** (Blutarmut, entstehen blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass, Neigung zum Nasenbluten, Erkrankungen des Immunsystems)

Hatten Sie **fiebrhafte Erkrankungen** in den letzten Monaten? (was/wann): \_\_\_\_\_

**Sonstige Krankheiten, Fehler oder Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (z.B. Vergiftungen, Tumorleiden)

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge (wann/wo): \_\_\_\_\_

Letztes Ruhe- und/oder Belastungs-EKG (wann/wo): \_\_\_\_\_

Andere Untersuchungen in letzter Zeit: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_ - 2/2