

A. Vorstellung :

- Guten Tag (Die Hand geben).
- Mein Name ist Herr
- Ich bin auf dieser Station als Assistenzarzt tätig (working) und würde gerne mit Ihnen das Aufnahmegespräch führen.
- Bitte sagen Sie mir Bescheid oder fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen.
- Ich möchte mit Ihnen langsam sprechen so wir können einander verstehen.

Also,

1. Wie heißen Sie?
2. Wie alt sind Sie?
3. Wie groß sind Sie?
4. Wie viel wiegen Sie?

B. Aktuelle Anamnese:

- 1) Was für Beschwerden haben Sie im Moment?
- 2) Seit wann haben Sie diese Beschwerden ?
- 3) Können Sie mir beschreiben, wie die Beschwerden aufgetreten sind? Haben sie eher plötzlich oder langsam begonnen?
- 4) Hatten Sie so etwas früher schon einmal? Ja, Wann?
- 5) Sind Sie deswegen schon bei einem anderen Arzt gewesen ?
- 6) Wie haben sich die Beschwerden im Verlauf/ mit der Zeit verändert? Haben sie sich verbessert oder verschlechtert?

SCHMERZEN

- 7) Bitte sagen oder zeigen Sie mir, wo die Schmerzen am stärksten sind.
- 8) Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1–10 – wobei 1 sehr leichten und 10 sehr starken Schmerzen entspricht?
- 9) Können Sie die Schmerzen genauer beschreiben: Sind sie eher dumpf, stechend oder brennend?
- 10) Sind die Schmerzen dauerhaft da, oder gehen sie auch wieder weg?
- 11) Strahlen die Schmerzen in eine andere Körperregion (in eine bestimmte Richtung) aus?
- 12) Sind die Schmerzen vom Ausgangsort an einen anderen Ort gewandert? Sein-wandern
- 13) Gibt es etwas, das die Schmerzen lindert oder verstärkt?
- 14) Gibt es bestimmte Auslöser für die Schmerzen?
- 15) Haben Sie etwas dagegen eingenommen ? Meine ich Schmerzmittel oder so? Und hat das Ihnen geholfen?

16) Gibt es andere Beschwerden dass Ihre Hauptbeschwerden begleiten?

17) Sind die Schmerzen davon etwas abhängig, ich meine Atemabhängig, Lageabhängig,...?

C. Vegetative Anamnese:

Also, Herr jetzt ich Ihnen noch ein paar allgemein Fragen stellen.

1. Haben Sie das Bewusstsein verloren?
2. War Ihnen schwindelig oder »schwarz vor den Augen«?
3. Haben Sie Fieber, Schüttelfrost oder Nachtschweiß?
4. Haben Sie kalten Schwei. bemerkt?
5. Haben Sie Übelkeit, Durchfall oder Erbrechen?
6. Hat sich Ihr Appetit verändert?
7. Haben Sie Gewicht in der letzten Zeit ab oder zugenommen? Ja, wie viel und über welchen Zeitraum?
8. Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang oder beim Wasserlassen?
9. Haben Sie Probleme ein oder durch zuschlafen?
10. Husten Sie (trochen Husten oder mit Auswurf, welche Farbe?
11. Haben Sie Müdigkeit? Ich meine ,sind Sie zur Zeit müde?
12. Haben Sie sonst noch etwas ungewöhnliches bemerkt?

Bei Frauen:

1. Haben Sie einen regelmäßigen Menstruationszyklus?
2. Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung?
3. Ist es möglich, dass Sie im Moment schwanger sind?
4. Nehmen Sie die Pille oder benutzen Sie andere Verhütungsmethoden?

Noxen

1. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag?
Seit wann rauchen Sie? (»pack-years ausrechnen«)
2. Trinken Sie Alkohol? Wie viel Alkohol trinken Sie ungefähr am Tag (pro Woche)?
Wie viel Alkohol vertragen Sie ungefähr?
3. Nehmen Sie sonstige Drogen, z. B. Cannabis, Kokain, Heroin etc.?

D. Vorerkrankungen:

1. Haben Sie hohen Blutdruck?
2. Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?
3. Sind bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte festgestellt worden?
4. Haben Sie Probleme mit dem Herz, dem Lungen oder der Leber gehabt?
5. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?
6. Sind Sie in letzter Zeit im Krankenhaus gewesen?
7. Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, wo, wann und warum?
8. Gegen welche (Kinder-) Krankheiten sind Sie geimpft?
9. Haben Sie Ihr Impfbuch dabei? Könnte ich das bitte einmal sehen?
10. Waren Sie in der letzten Zeit im Ausland (in den Tropen)? Wenn ja
11. Sind Sie gegen Hepatitis A oder B (Tuberkulose –Schwindsucht-, Gelbfieber etc.) geimpft?

E. Medikamente und Allergien:

1. Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein? Wenn ja, welche?
2. Haben Sie eine Medikamentenliste dabei?
3. Nehmen Sie die Pille Abführmittel oder Schlafmittel?
4. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Kontrastmittel?
5. Reagieren Sie allergisch auf Hausstaub (bestimmte Pflanzen, Tierhaare, Penizillin)?

F. Familienanamnese:

1. Leben Ihre Eltern noch? Woran sind Ihre Eltern gestorben?
2. Leiden Familienangehörige an chronischen Erkrankungen, wie z. B. an Diabetes, Bluthochdruck oder Stoffwechselerkrankungen?
3. Gab es Fälle von Krebs in der Familie?
4. Haben Sie Geschwister (Kinder)? Sind sie gesund?

G. Sozialanamnese

1. Sind Sie verheiratet?
2. Haben Sie Familie?
3. Haben Sie Kinder?
4. Wohnen Sie allein oder mit Ihrer Familie?
5. wo wohnen Sie, im eigenen Haus oder in einer Mietwohnung? In welche Etage? Gibt es Aufzug?
6. Können Sie zu Hause alles selbst machen oder brauchen Sie Hilfe?
7. Was sind Sie von Beruf?
8. Wo arbeiten Sie?
9. Wie können Sie Ihre Arbeit beschreiben? Schwer, mittelschwer oder leichtschwer?