

Modularer Anamnesebogen **für die internistische Privatsprechstunde**

Teil 1: Allgemein-internistischer Basisbogen

Allgemeiner Anamnesebogen – Internistische Privatsprechstunde

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Termin am: _____
Beruf / aktuelle Tätigkeit: _____
Hausarzt / überweisender Arzt: _____

1. Hauptanliegen Ihres Besuchs

Was führt Sie heute zu uns?

- ☐ Beschwerden / Symptome
☐ Vorsorge / Check-up
☐ Zweitmeinung
☐ Verlaufskontrolle einer bestehenden Erkrankung
☐ Sonstiges: _____

2. Aktuelle Beschwerden

Haben Sie aktuell oder regelmäßig Probleme mit:

Beschwerde	Ja	Nein	Gelegentlich	Anmerkung / Dauer
Müdigkeit / Erschöpfung	☐	☐	☐	_____
Atemnot / Luftnot	☐	☐	☐	_____
Brustschmerzen	☐	☐	☐	_____
Herzrasen / Rhythmusstörungen	☐	☐	☐	_____
Blutdruckprobleme	☐	☐	☐	_____
Verdauungsprobleme	☐	☐	☐	_____
Appetitverlust / Gewichtsveränderung	☐	☐	☐	_____
Schwindel / Ohnmachtsanfälle	☐	☐	☐	_____
Nachtschweiß / Fieber	☐	☐	☐	_____
Schmerzen allgemein	☐	☐	☐	_____

3. Vorerkrankungen & Operationen

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie folgende Erkrankungen haben oder hatten:

Erkrankung	Ja	Nein	Jahr / Anmerkung
Bluthochdruck	☐	☐	_____
Herzinfarkt / KHK	☐	☐	_____
Diabetes mellitus	☐	☐	_____
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	_____
Nierenerkrankung	☐	☐	_____
Lungenerkrankung (COPD, Asthma)	☐	☐	_____
Krebserkrankung	☐	☐	_____
Leber- oder Darmerkrankung	☐	☐	_____
Psychische Erkrankungen	☐	☐	_____
Sonstige:	☐	☐	_____

Frühere Operationen:

☐ Keine

☐ Ja, welche: _____

4. Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	Dosierung	Einnahmegrund
------------	-----------	---------------

5. Allergien / Unverträglichkeiten

☐ Keine bekannt

☐ Ja, folgende: _____

6. Lebensstil

Frage	Ihre Angabe
Rauchen	☐ Nie ☐ Früher ☐ Ja: _____ Zigaretten/Tag
Alkohol	☐ Nein ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig
Bewegung / Sport	☐ Nein ☐ Selten ☐ 1–2x/Woche ☐ >3x/Woche
Ernährung	☐ Mischkost ☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ Sonstiges
Schlaf	☐ Gut ☐ Gestört ☐ Einschlaf-/Durchschlafprobleme

7. Impfungen (soweit bekannt)

Impfung	Erhalten	Unklar	Jahr / Letzte Auffrischung
Grippe (Influenza)	☐	☐	_____
Pneumokokken	☐	☐	_____
COVID-19	☐	☐	_____
Tetanus / Diphtherie	☐	☐	_____
FSME / Hepatitis	☐	☐	_____

8. Familienanamnese

Gibt es folgende Erkrankungen in Ihrer nahen Familie (Eltern, Geschwister)?

Erkrankung	Ja	Nein	Wer?
Herzinfarkt / Schlaganfall	☐	☐	_____
Diabetes	☐	☐	_____
Krebs	☐	☐	_____
Darmkrebs	☐	☐	_____
Andere:	☐	☐	_____
_____			_____

9. Erwartungen an die heutige Untersuchung / Beratung

- ☐ Ursachenklärung meiner Beschwerden
- ☐ Zweitmeinung
- ☐ Therapieempfehlung / Medikamentenabklärung
- ☐ Vorsorge / internistische Untersuchung
- ☐ Sonstiges: _____

 Datum  Unterschrift Patient(in)

Teil 2A: Gastroenterologische Zusatzanamnese

Ergänzung bei gastroenterologischen Beschwerden

Name: _____
 Geburtsdatum: _____
 Termin am: _____
 Beruf / aktuelle Tätigkeit: _____
 Hausarzt / überweisender Arzt: _____

1. Ihre Beschwerden

Haben Sie aktuell oder regelmäßig folgende Symptome?

Bitte ankreuzen und ggf. mit Dauer oder weiteren Angaben ergänzen:

- ☐ Durchfall
- ☐ Verstopfung
- ☐ Bauchschmerzen / Krämpfe
- ☐ Blähungen
- ☐ Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Blut im Stuhl
- ☐ Schleim im Stuhl
- ☐ Stuhlveränderung (Farbe, Form, Häufigkeit)
- ☐ Gewichtsverlust
- ☐ Aufstoßen / Sodbrennen

Zusätzliche Hinweise oder Beschreibungen:

(ggf. u.A. auch zeitliche Einordnung der Beschwerden - Haben Sie auch Nachts Beschwerden? Wachen Sie Nachts auf aufgrund der Beschwerden?, ...)

2. Bekannte Diagnosen / Vorerkrankungen

- ☐ Keine bekannten Vorerkrankungen
- ☐ Reizdarmsyndrom
- ☐ Colitis ulcerosa
- ☐ Morbus Crohn
- ☐ Zöliakie
- ☐ Lebererkrankung (z. B. Fettleber, Hepatitis, Zirrhose)
- ☐ Sonstiges: _____

3. Frühere Untersuchungen

Bitte geben Sie an, ob und wann folgende Untersuchungen erfolgt sind:
 (Bitte bringen Sie ggf. vorhandene Befunde mit.)

Untersuchung	Jahr	Befund bekannt?	Wo durchgeführt?
☐ Magenspiegelung (ÖGD)	_____	☐ Ja ☐ Nein	_____
☐ Darmspiegelung (Koloskopie)	_____	☐ Ja ☐ Nein	_____
☐ Ultraschall Bauchorgane	_____	☐ Ja ☐ Nein	_____
☐ MRT / CT Abdomen	_____	☐ Ja ☐ Nein	_____
☐ Stuhltest (z. B. Calprotectin)	_____	☐ Ja ☐ Nein	_____

- ☐ Atemtest (Laktose / _____ ☐ Ja ☐ Nein _____
Fruktose)
☐ Ich bringe Befunde zum Termin mit.

4. Ernährung & Lebensstil

Unverträglichkeiten / Diäten:

- ☐ Keine
☐ Laktose
☐ Fruktose
☐ Gluten
☐ Vegetarisch
☐ Vegan
☐ Sonstige: _____

Appetit:

- ☐ Normal ☐ Vermindert ☐ Schwankend

Gewichtsverlauf:

- ☐ Stabil ☐ Zunahme ☐ Abnahme: ca. _____ kg in _____ Monaten

5. Familienanamnese

Gibt es gastrointestinale Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister)?

- ☐ Nein ☐ Ja: _____

6. Ihre Erwartungen an die gastroenterologische Sprechstunde

- ☐ Diagnostikplanung
☐ Therapieempfehlung
☐ Zweitmeinung
☐ Verlaufskontrolle
☐ Ernährungsberatung
☐ Sonstiges: _____

 Datum

 Unterschrift Patient(in)

Teil 2B: Spezifische Anamnese bei Morbus Crohn / Colitis ulcerosa

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Termin am: _____
Beruf / aktuelle Tätigkeit: _____
Hausarzt / überweisender Arzt: _____

1. Ihre Diagnose

- ☐ Morbus Crohn
☐ Colitis ulcerosa
☐ Unspezifische Kolitis
☐ Sonstige: _____

Diagnosejahr: _____

2. Aktuelle Einschätzung Ihrer Erkrankung

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Zustand einschätzen?

- ☐ Beschwerdefrei / Remission
☐ Leichte Aktivität
☐ Mäßiger Schub
☐ Schwerer Schub
☐ Unklar

Letzter Schub: _____

Anzahl der Schübe im letzten Jahr: _____

3. Frühere Komplikationen / Eingriffe

Haben oder hatten Sie folgende Komplikationen?

- ☐ Fisteln / Abszesse
☐ Darmstenosen / Darmverschluss
☐ Operationen am Darm: _____
☐ Extraintestinale Manifestationen (z. B. Gelenke, Augen, Haut, Leber):

4. Aktuelle und frühere Medikation

Aktuell eingenommene Medikamente:

(Medikament, Dosis, Dauer, Wirkung / Verträglichkeit)

Frühere Therapien:

- ☐ Kortison ☐ Mesalazin ☐ Azathioprin / 6-MP
☐ Anti-TNF (z. B. Infliximab, Adalimumab)
☐ Vedolizumab ☐ Ustekinumab ☐ Tofacitinib
☐ Andere: _____

5. Verlaufskontrollen & Monitoring

Welche Verlaufskontrollen wurden zuletzt durchgeführt?

Bitte ggf. Befunde mitbringen.

Untersuchung	Letzter Termin	Ergebnis bekannt?	Ort / Arzt
☐ Darmspiegelung (Koloskopie)	_____	☐ Ja ☐ Nein	_____
☐ MRT / CT Abdomen	_____	☐ Ja ☐ Nein	_____
☐ Ultraschall	_____	☐ Ja ☐ Nein	_____
☐ Calprotectin im Stuhl	_____	☐ Ja ☐ Nein	_____
☐ CRP / Entzündungswerte (Blut)	_____	☐ Ja ☐ Nein	_____
☐ Ich bringe vorhandene Befunde zum Termin mit.			

6. Ernährung & Lebensstil

Diät oder Unverträglichkeiten:

☐ Keine ☐ Laktose ☐ Fruktose ☐ Gluten

☐ Sonstige: _____

Gewichtsverlauf:

☐ Stabil ☐ Abnahme ☐ Zunahme – ca. _____ kg in _____ Monaten

7. Lebensqualität & Alltag

Wie stark schränkt Sie die Erkrankung derzeit ein?

☐ Gar nicht
☐ Leicht
☐ Mäßig
☐ Stark
☐ Sehr stark

Aktuelle Arbeitsfähigkeit:

☐ Uneingeschränkt
☐ Eingeschränkt
☐ Krankgeschrieben (AU)
☐ Schwerbehindertenausweis: ____ %

Selbsteinschätzung des Krankheitsverlaufs

(bitte letzte 7 Tage berücksichtigen)

- Allgemeines Wohlbefinden:
☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mittel ☐ Schlecht ☐ Sehr schlecht
- Bauchschmerzen:
☐ Keine ☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Schwer
- Anzahl der Stühle pro Tag:
☐ 0–3 ☐ 4–6 ☐ 7–9 ☐ ≥10
- Anzahl der weichen / flüssigen Stühle pro Tag: _____
- Stuhldrang:
☐ Nein ☐ Leicht ☐ Deutlich ☐ Inkontinenz
- Nächtlicher Stuhlgang:
☐ Nein ☐ Ja

7. Blut im Stuhl:

☐ Kein Blut ☐ Spuren ☐ Sichtbar ☐ Nur Blut

8. Tastbare Resistenz im Bauchraum:

☐ Nein ☐ Zweifelhaft ☐ Sicher ☐ Mit Abwehrspannung

9. Extraintestinale Symptome (ankreuzen, falls vorhanden):

☐ Gelenkschmerzen ☐ Hautveränderungen ☐ Augenentzündung ☐ Aphthen ☐ Fieber

8. Ihre Erwartungen an die heutige Vorstellung

☐ Therapieoptimierung

☐ Zweitmeinung

☐ Einschätzung zur Prognose

☐ Planung weiterer Diagnostik

☐ Beratung zu Ernährung / Lebensstil

☐ Sonstiges: _____

 Datum

 Unterschrift Patient(in)