

## 7 Anhang

### Anamnesebogen

#### Familienanamnese

An welchen Krankheiten litten/leiden Ihre Großeltern/Eltern/Geschwister?

Woran sind Ihre Großeltern/Eltern verstorben?

#### Sozialanamnese

Welchen Beruf haben Sie?

Wie lange haben Sie diesen ausgeübt?

Wohnen Sie allein oder in einer größeren Gemeinschaft?  
(Familie, Wohngemeinschaft, Heim)

Wie ist Ihr Familienstand?

Existieren momentan familiäre Konflikte?

#### Eigenanamnese

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?  
(Scharlach, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Masern, Windpocken)

Hatten Sie in Ihrer Kindheit oft Infekte?  
Wenn ja, welche und wie oft traten diese auf?

Gegen welche Krankheiten sind Sie in den letzten 5 – 10 Jahren geimpft worden?  
(Tetanus, Kinderlähmung, Tuberkulose, Hepatitis, Diphtherie)

Wurden Sie bereits operiert?  
Wenn ja, welche OPs waren das? (Mandeln, Blinddarm u. a.)

Welche Krankheiten haben/hatten Sie?

- angeborene Krankheiten:

- Diabetes mellitus:
- Allergien (welche/seit wann/Häufigkeit/Symptome):
- Autoimmunerkrankungen:
- Atemwegserkrankungen(Asthma bronchiale, chronische Bronchitis):
- Krebserkrankungen:
- Herz-Kreislaufkrankheiten (Hypertonus, KHK, Herzinsuffizienz):
- Infekte (welche/Häufigkeit/Symptome/mit/ohne Fieberverlauf/Dauer):
- TBC/Hepatitis:
- weitere, hier nicht aufgeführte Krankheiten:

bei Frauen:

- Candida-Infektion, Harnwegsinfektion, Adnexitis:
- Geburten (wie viele, wann?):
- Abortio/Aborte (wie viele, wann?):
- Menstruation (seit wann, wie stark, regelmäßig)

### **Jetzige Anamnese**

Haben Sie momentan Beschwerden?

Wenn ja, welche?

## Allgemeine Anamnese

Welche Medikamente nehmen Sie?

Herzmedikamente: Digitalis,  $\beta$ -Blocker, ACE-Hemmer, Diuretika

Insulin, Sulfonylharnstoffe, Biguanide, Glukosidasehemmer

Immunsuppressiva: Prednisolon, Cortison

Antibiotika

Schmerzmittel/Schlafmittel/ Hausmittel/freiverkäufliche Medikamente:

Gripeschutzimpfung  
(Wenn ja, wann war die letzte?):

Kontrazeptiva

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?

Wie viel Alkohol trinken Sie wöchentlich?

Wie viel Kaffee/Tee trinken Sie täglich?

Nehmen Sie andere, hier nicht aufgeführte Drogen?

Zeigen Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Wenn ja, gegen welche Nahrungsmittel?

Wie ernähren Sie sich?

(eher gesund und abwechslungsreich oder von Fertiggerichten)

Treiben Sie regelmäßig Sport?

(welchen Sport, Häufigkeit)

Welche Abhärtungsmaßnahmen nutzen Sie?

**Vegetative Anamnese**

Schlafrhythmus:

Essverhalten/Appetit:

Stuhlgang (regelmäßig/unregelmäßig/Durchfälle):

Miktion:

Transpiration:

Kopfschmerzen (Häufigkeit/Intensität):

**Erstuntersuchung**

Puls:

Blutdruck:

Größe:

Gewicht:



## Lebensqualität

Mit diesen Fragen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der vergangenen zwei Wochen. So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?	1	2	3	4	5

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am ehesten ausdrückt, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen. Wenn Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen überwiegend die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen, kreuzen sie das Feld mit der Zahl 4 an.

Wenn Sie während der letzten zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen überhaupt nicht erhalten haben, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 1 an.

1. Sind Sie gegenwärtig krank?

Ja

Nein

2. Wenn etwas mit Ihrer Gesundheit nicht in Ordnung ist, was glauben Sie, was es ist?

Krankheit / Gesundheitsproblem:

---

Bitte lesen Sie jede Frage. Überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für sie am ehesten zutrifft.

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
Frage 3.	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Frage 4.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
Frage 5.	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
Frage 6.	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5
Frage 7.	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
Frage 8.	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5
Frage 9.	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
Frage 10.	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
Frage 11.	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5



In den folgenden Fragen geht es darum, im welchen Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Frage 12.	Haben sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5
Frage 13.	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
Frage 14.	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
Frage 15.	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
Frage 16.	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4	5

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
Frage 17.	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Sehr unzufrie- den	Unzu- frieden	Weder zufrieden noch unzufrie- den	Zufrieden	Sehr zufrieden
Frage 18.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
Frage 19.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
Frage 20.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5
Frage 21.	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5
Frage 22.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5
Frage 23.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Frage 24.	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5
Frage 25.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5
Frage 26.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4	5
Frage 27.	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie oft sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
Frage 28.	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression ?	1	2	3	4	5

29. Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?

Ja

Nein

30. Wie lange hat es gedauert, den Fragebogen auszufüllen? \_\_\_\_\_ Minuten

31. Haben Sie irgendwelche Anmerkungen zu diesem Fragebogen ?

-----

-----