

**Name:**

**Geburtsdatum:**

---

**Jetziges Leiden:**

---

**Systemanamnese:**

**Allergien:**

**Noxen:**

**Gewicht:**

**Grösse:**

---

**B-Symptome:**

Kein Fieber, Nachtschweiss oder Gewichtsverlust.

---

**Kopf:**

Kein Kopfschmerz, kein Schwindel, keine Synkopen, keine Paresen, keine Parästhesien, keine Epilepsie oder Sehstörungen, keine HNO Beschwerden, keine Schilddrüsenprobleme bekannt.

---

**Pulmonal:**

Keine Dyspnoe, keine Orthopnoe, kein Husten/Auswurf/Hämoptoe, kein nächtl. Husten oder Asthma.

---

**Kardio:**

Kein Herzstolpern, keine Hypertonie, kein Thoraxschmerz, keine Ödeme oder Claudicatio, keine Nykturie.

---

**Gastrointestinal:**

Kein Appetitverlust, Keine Schluckstörungen, keine Nausea, kein Erbrechen, keine Hämatemesis, kein Reflux, kein Bauchschmerz, keine Obstipation/Diarrhoe oder Meläna, Frischblut ab ano, Hämorrhoiden

---

**Urogenital:**

Keine Pollakisurie, keine Dysurie, kein Ausfluss, kein Nierenlogenschmerz, keine Hämaturie oder HWIs.

---

**Bewegungsapparat:**

Keine Gelenksschmerzen, keine Bewegungseinschränkung

---

**Haut/Lymphknoten:**

Kein Ausschlag, kein Juckreiz, keine schmerzhaften Lymphknoten

---

**Familienanamnese:**

---

**Persönliche Anamnese:**

---

**Sozialanamnese:**

Berufssituation:

Patientenverfügung:

Wohnsituation:

Familiäre Situation:

Kontaktperson:

---