# Anamnese

## Anleitung für die Erstellung von Anamnesen

### Allgemeines

Das Anamnesegespräch soll einerseits möglichst viel relevante Information für Diagnose und Behandlungsplanung erbringen und andererseits aber auch den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum Patienten unterstützen. Hilfreich ist dabei, dem Patienten genau zuzuhören und ihm zu vermitteln, dass Sie ehrliches Interesse an seiner Person haben und nach besten Möglichkeiten helfen wollen. Es bewährt sich, den Patienten zunächst frei reden zu lassen, nach etwa 10 Minuten mit offenen Fragen das Gespräch zunehmend zu strukturieren und abschließend mit geschlossenen Fragen gezielt spezifische Inhalten abzufragen.
**Nutzen Sie die Scores als Checkliste bei der Symptomerfassung – so können Sie nichts vergessen und haben den Aufnahmescore auch fertig.**

Beim Diktieren:
Patientennamen, Datum der Untersuchung und eigenen Namen angeben

**Anamnese bei Erstaufnahmen**

1. **Familienanamnese**: neurologische und psychiatrische Erkrankungen bei Verwandten ersten und zweiten Grades; nach Suizidhandlungen und ungewöhnlichen Todesfällen fragen

2. **Frühere Krankheiten**: Geburtstraumen, somatische Erkrankungen, frühere neurologische und psychiatrische Erkrankungen, Allergien, etc.

3. **Aktuelle somatische Erkrankungen**: insbesondere Stoffwechselstörungen (Diabetes, Fettstoffwechsel), endokrine Störungen (Schilddrüse, Menstruationsstatus) vaskuläre Errkankungen (Hypertonie, KHK)

4. **Medikation (WICHTIG!):**
a) frühere Psychopharmaka Einnahme (Substanz, Dauer)
b) aktuelle Medikamente (letztes Monat) CAVE: was zuletzt verordnet war und was zuletzt tatsächlich eingenommen wurde!
c) psychotrope Substanzen: Alkohol, Nikotin, Drogen (allgemein & letztes Monat)

5. **Biographie**:
a) Ursprungsfamilie, Kindheit und Jugend
b) Schulbildung, Beruf (Führerschein, Wehrdienst)
c) Partnerschaft, Kinder
d) Aktuelle soziale Situation (letztes Jahr) (Familie, sonstige Beziehungen, Wohnen, Arbeit, Finanzen, …)

6. **Krankheitsentwicklung**: Erstmanifestation, bisheriger Verlauf (Phasen), ev. vorangegangene Therapien, Selbstverletzungen, Suizidversuche

7. **Aktuelle** **Situation**:
a) Symptome u. Umstände, die zur Einweisung/Aufnahme führen
b) Aktuelle Beschwerden (subjektive Schilderung) Scores!
c) Biorhythmus u. Vegetativum: (Schlaf (Ein-/Durchschlafstörungen?),
 Appetit/Gewichtsveränderung, Miktion, Stuhl (Laxantien?), Sexualanamnese
d) aktuelle psychotherpeutische Behandlung?
h) aktuelle soziotherapeutische Maßnahmen?

8. **Status psychicus**: gehen Sie schematisch von caudal (Hirnstamm) nach rostral (frontaler Cortex) vor: Bewusstsein (Vigilanz), Orientierung (Raum-Zeit Gitter) Aufmerksamkeit, Wahrnehmung (Informationsverarbeitung) Merkfähigkeit, Gedächtnis (Informationsverwaltung) Antrieb, Affekte, Stimmung (formaler Gedankenablauf (Ductus) inhaltliche Denkstörungen, Wahn (Informationsinterpretation) Selbstwahrnehmung (Ichstörungen) Kognition, Integration (gezieltes Handeln, Performance) (detaillierte Beschreibung siehe AMDP)

9. **Status neurologicus**: Kopf (Hirnnerven) Bewegung, Kraft, Reflexe OE, UE
achten Sie besonders auf Muskeltonus, Rigidität, unwillkürliche Bewegungen (extrapyramidale Bewegungsstörungen) Grimassieren, Tics, Sprachartikulation und diskrete neurologische Defizite

10. **Status somaticus**: Allgemein- und Ernährungszustand (Zähne!), Hämatome, Verletzungen, Caput u. Collum, Cor, Pulmo, Abdomen, WS, Nierenlager, Extremitäten. Endokrinum: nach Schilddrüsenbefunden und Menstruationszyklus fragen

## Anamnese bei Wiederaufnahmen (Zwischenanamnese):

Entspricht der Anamnese bei Erstaufnahmen, mit folgenden Änderungen:
Punkte 1 - 6 entfallen

Statt dessen:
a) Anzahl der bisherigen Aufnahmen
b) Relevante Ereignisse und Veränderungen seit dem letzten Aufenthalt bezüglich
 Lebensumstände, Krankheitsverlauf und Behandlungsverlauf.
c) zwischenzeitliche Behandlungen (FA) und Änderung der Medikation
d) Compliance

🗎 Beurteilungsskalen, Scores und Checklisten auf
Laufwerk:*“ \\wgrfsoffice“\Formulare \ Scores\*