

Synkope/Beinahebewusstlosigkeit – Strukturierter Anamnesebogen

Ziel ist es, die Anamnese zu unterstützen und dadurch zu vereinfachen

Charakteristika der Synkope/Beinahesynkope		Bitte eintragen bzw. ankreuzen	
• Dauer der Bewusstlosigkeit in Sekunden	Dauer unbekannt <input type="checkbox"/>sec	
• Zeugen bei Bewusstlosigkeit anwesend		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Bewusstlosigkeit beim Aufstehen (=Orthostase)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Bewusstlosigkeit im Stehen		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Vorausgehende Symptome (=Prodromi/Aura – kurz erläutern)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Verzögertes Erwachen aus Bewusstlosigkeit		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Bei körperlicher Belastung (z.B. Sport, Treppensteigen etc.)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Palpitationen (erspüren schneller Herzschläge, Herzklopfens etc.)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Vorausgehender Schweissausbruch (Diaphoresese)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Begleitender Urin- oder Stuhlabgang (Inkontinenz), oder Zungenbiss		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Erbrechen		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• vagale Symptome (z.B. Mundtrockenheit, Harnverhalt, etc.)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Bauchschmerzen		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Rückenschmerzen		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Kopfschmerzen		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Thoraxschmerzen: - eher <input type="checkbox"/> typische oder <input type="checkbox"/> atypische A.p.		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Medizinische Vorgeschichte		Bitte eintragen bzw. ankreuzen	
• Familienanamnese für plötzlichen Herztod		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Evidenz für oder bekannte koronare Herzerkrankung		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Früherer Herzinfarkt		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Bekannte Herzschwäche (Herzinsuffizienz)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Bekannte mittelgradige oder schwere Herzklappenfehler		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Bekannte Rhythmusstörungen (Brady- oder Tachykardien)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• St. nach Schrittmacherimplantation		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• St. nach Defi-Implantation		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Bekannter Bluthochdruck (Hypertonie definiert nach WHO)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Diabetes mellitus (diätetisch o. medikamentös behandelt)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Frühere Synkope		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Wann war die letzte Synkope (Angabe Jahr, Monat, wenn mgl.)		
• St. Schlaganfall oder Hirnblutung		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Bekannte Epilepsie		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Evidenz für oder bekannte periphere Verschlusskrankheit		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Bekannte psychiatrische Erkrankung		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Medikation bei aktuellem Ereignis (=Medikamentenanamnese)		Bitte eintragen bzw. ankreuzen	
• Diuretika		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Nitrate (einschliesslich Corvaton)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Beta-Blocker		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Alpha-Blocker		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Antiarrhythmika (ohne Betablocker)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Kalzium-Kanalblocker		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Angiotensin-Konverting-Enzym Hemmer bzw. Angiotensin Rezeptor Blocker		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Psychopharmaka/Sedativa		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Viagra, Levitra, Cialis oder vergleichbare Medikamente		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Nürnberg,

Unterschrift: