

**ANAMNESEBOGEN MRT (allgemein)**

Patientenname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Station/Zuweiser: \_\_\_\_\_

Angaben zu aktuellen Beschwerden (was für Beschwerden und wie äußern sich die Beschwerden):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden?(bitte möglichst genaue Angabe Tage, Wochen, Monate, Jahre; Verlauf der Beschwerden):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wo haben Sie die Beschwerden? (Bitte genaue Angabe Körperregion, Seitenangabe, Seitenbetonung):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann treten die Beschwerden auf (z.B. morgens, abends, nachts, bei Belastung, in Ruhe, dauerhaft)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Strahlen die Beschwerden aus? (Schmerzausstrahlung wohin):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorerkrankungen/Begleiterkrankungen/Voroperationen/Unfälle (wenn ja, welche, wann, wo operiert):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurden Voruntersuchungen bei Ihnen durchgeführt (z.B. Röntgen, Ultraschall, Computertomographie, Kernspintomographie o.ä.)? (wenn ja, wann, wo Praxis/Klinik, welche Körperregion):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_