

# Anamnesebogen

## Bei Abklärung von Synkopen und Präsynkopen

**Patient:**

**Geburtsdatum:**

**Ausgefüllt durch:**  Eltern  Patient  gemeinsam

am **Datum:**

---

### 1. Grund der Vorstellung

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht (Synkope)            | <input type="checkbox"/> Sturz unklarer Ursache |
| <input type="checkbox"/> Beinahe-Ohnmacht (Präsynkope) | <input type="checkbox"/> Bewusstseinsverlust    |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                     | <input type="checkbox"/> Sonstiges:             |
| <input type="checkbox"/> Kollaps                       |   |

---

### 2. Anzahl der Ereignisse

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erstes Ereignis | <input type="checkbox"/> Mehr als 3 Ereignisse |
| <input type="checkbox"/> 2–3 Ereignisse  | <input type="checkbox"/> Häufig wiederkehrend  |

---

Erstes Ereignis am:

---

Letztes Ereignis am:

---

### 3. Situation zum Zeitpunkt des Ereignisses

### “Das Ereignis trat auf:”

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> im Stehen                      | <input type="checkbox"/> beim Fahrradfahren     |
| <input type="checkbox"/> nach längerem Stehen           | <input type="checkbox"/> beim Laufen            |
| <input type="checkbox"/> beim Aufstehen                 | <input type="checkbox"/> bei emotionalem Stress |
| <input type="checkbox"/> im Sitzen                      | <input type="checkbox"/> bei Angst              |
| <input type="checkbox"/> im Liegen                      | <input type="checkbox"/> bei Schmerzen          |
| <input type="checkbox"/> unmittelbar nach dem Aufstehen | <input type="checkbox"/> beim Blutabnehmen      |
| <input type="checkbox"/> beim Sport                     | <input type="checkbox"/> in der Schule          |
| <input type="checkbox"/> unmittelbar nach dem Sport     | <input type="checkbox"/> im Badezimmer          |
| <input type="checkbox"/> während eines Wettkampfes      | <input type="checkbox"/> nachts                 |
| <input type="checkbox"/> beim Schwimmen                 | <input type="checkbox"/> Sonstiges:             |
| <input type="checkbox"/> beim Tauchen                   |   |

#### 4. Warnzeichen vor der Synkope "Gab es Vorboten?"

Nein

Ja

Wenn ja, welche:

Schwindel

Herzstolpern

Schwarzwerden vor Augen

Brustschmerzen

Flimmern vor den Augen

Luftnot

Tunnelblick

Schwitzen

Ohrensausen

Blässe

Übelkeit

Schwächegefühl

Bauchschmerzen

Kopfschmerzen

Herzrasen

Sonstiges:

---

#### 5. Ablauf des Ereignisses

Bewusstseinsverlust:

Nein

Ja

Dauer:

<5 Sekunden

>30 Sekunden

5–15 Sekunden

unbekannt

15–30 Sekunden

---

Kam es zu:

Sturz

Stuhlabgang

Verletzung

Krampfbewegungen

Kopfverletzung

Augenverdrehen

Zungenbiss

Blauverfärbung

Einnässen

Blässe

---

## 6. Verhalten nach dem Ereignis

Nach dem Ereignis:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sofort wieder orientiert | <input type="checkbox"/> Übelkeit        |
| <input type="checkbox"/> kurz verwirrt            | <input type="checkbox"/> Erbrechen       |
| <input type="checkbox"/> längere Verwirrtheit     | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen   |
| <input type="checkbox"/> starke Müdigkeit         | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
- 

## 7. Belastungsabhängigkeit

“Sind Beschwerden belastungsabhängig?“

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|
- Wenn ja:
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nur während Belastung      | <input type="checkbox"/> sowohl während als auch nach Belastung |
| <input type="checkbox"/> unmittelbar nach Belastung |   |
- 

Musste Sport beendet werden?

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|
- 

## 8. Herzbezogene Symptome

Vor oder während des Ereignisses:

Symptom	Ja	Nein	Symptom	Ja	Nein
Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leistungseinbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## 9. Flüssigkeits- und Ernährungsanamnese

Trinkmenge pro Tag:

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <1 Liter    | <input type="checkbox"/> 1,5–2 Liter |
| <input type="checkbox"/> 1–1,5 Liter | <input type="checkbox"/> >2 Liter    |
- 

Frühstück regelmäßig?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|
- 

Längere Nahrungspausen?

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|
-

## 10. Medikamentenanamnese

Regelmäßige Medikamente:

---

Einnahme von:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHS-Medikamenten  | <input type="checkbox"/> Energy-Drinks    |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva     | <input type="checkbox"/> Koffeintabletten |
| <input type="checkbox"/> Antiepileptika     | <input type="checkbox"/> Nikotin          |
| <input type="checkbox"/> Betablockern       | <input type="checkbox"/> Alkohol          |
| <input type="checkbox"/> Asthmamedikamenten | <input type="checkbox"/> Drogen           |
- 

## 11. Vorerkrankungen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine                  | <input type="checkbox"/> Epilepsie              |
| <input type="checkbox"/> angeborener Herzfehler | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      |
| <input type="checkbox"/> Herzoperation          | <input type="checkbox"/> Anämie                 |
| <input type="checkbox"/> Myokarditis            | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Kawasaki-Syndrom       | <input type="checkbox"/> Sonstiges:             |
| <input type="checkbox"/> Kardiomyopathie        |   |
- 

## 12. Familienanamnese (Red Flags)

Gab es in der Familie:

Erkrankung	Ja	Nein	Erkrankung	Ja	Nein
Plötzlicher Herztod <50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertrophe Kardiomyopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unerklärter Tod im Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dilatative Kardiomyopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unerklärtes Ertrinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arrhythmogene Kardiomyopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unerklärter Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Long-QT-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ICD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brugada-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPVT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

---