

ANS

Autonome Anamnese

Autonomes Anamnesegespräch	
Autonome Beschwerden und Episodenanamnese bei episodischem Auftreten [zB Synkopen]: (wesentlich ist eine Auflistung aller erinnerlicher Episoden und Dauer der selbigen. Dabei besonders achten auf Beschwerden/Prodromi direkt vor der Episode, Situation direkt vorher, Körperposition vor der Episode -stehend/ sitzend/ liegend/ gehen/ sportliche Aktivität, Beschwerden direkt nach der Episode)	
Außenanamnese bei Präsynkopen/Synkopen: (insbesondere bitte nach Videos fragen - z.B. Handyvideos)	
Autonome Familienanamnese: (familiäre autonome Erkrankungen: wenn gleiche Beschwerden - auch undiagnostiziert - bei mehreren Familienmitgliedern vorkamen bitte auch einen Stammbaum erstellen)	
ergänzende Informationen	
Bisherige Medikation:	
Kardiovaskulärer Score	
Orthostasesymptome: Benommenheit oder Schwindel im Stehen	nie oder bedeutungslos = 0 leicht oder selten = 1 häufig = 2 immer bzw. beständig = 3 immer mit häufiger Bewußtlosigkeit = 4
Kardiovaskuläre Symptome	
<u>Beschwerdeneingrenzung</u>	
verschlimmernde oder erschwerende Faktoren:	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> nach dem Essen <input type="checkbox"/> längeres Stehen <input type="checkbox"/> Anstrengung oder Gehen <input type="checkbox"/> Menstruationszyklus
zusätzliche Symptome: (bitte besonders bei Blässe achten: jemanden, dem es nicht gut geht wird schnell als blaß beschrieben. Als blaß ist im autonomen Kontext aber nur zu werten wenn der Pat. fahlweiße bis zusätzlich grünliche Gesichtsfärbung zeigt - zB man fragt nach fahlweiß wie die Wand)	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Herzklopfen <input type="checkbox"/> Schwächegefühl <input type="checkbox"/> Übelkeit bzw. Erbrechen <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl <input type="checkbox"/> Unsicherheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Unscharfsehen <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Bläße <input type="checkbox"/> Kaltschweißige Haut

Vasomotorische Symptome		
Hautverfärbungen: (bitte auch die genaue Lokalisation der Verfärbungen angeben)	<input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Rot <input type="radio"/> Weiß <input type="radio"/> Zyanotisch	Lokalisation:
fokale Hautverfärbung bei Kälte: (bitte auch die genaue Lokalisation der Verfärbungen angeben)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Lokalisation:
Sudomotorische Symptome		
vermindertes Schwitzen:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Reduziert an den Füßen <input type="radio"/> Reduziert, andere Lokalisation:	
vermehrtes Schwitzen:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> an den Handflächen <input type="radio"/> an den Füßen <input type="radio"/> Gesicht <input type="radio"/> Nacken <input type="radio"/> Stamm	
Hitzeintoleranz:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
temperaturunabhängiges Schwitzen:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Sekretomotorische Symptome		
Trockener Mund:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Trockene Augen:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Übermäßiger Speichelfluß:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Gustatorisches Schwitzen:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Gastrointestinale Symptome		
Abdominale Schmerzen oder Krämpfe:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Hinweise für autonome Diarrhoe:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Obstipation:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Postprandialer Symptomscore		
Postprandiale gastrointestinale Beschwerden:	<input type="radio"/> Nie oder bedeutungslos = 0 <input type="radio"/> Leicht oder selten = 1 <input type="radio"/> Häufig = 2 <input type="radio"/> Immer bzw. beständig = 3	
Postprandiale Beschwerden:	<input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Appetitlosigkeit <input type="radio"/> Frühe Übersättigung <input type="radio"/> Häufigeres Völlegefühl bzw. Blähungen <input type="radio"/> Erbrechen oder häufige Übelkeit <input type="radio"/> Gewichtsverlust: _____ kg	

Blasenfunktion	
Inkontinenz: (bitte bei Inkontinenz versuchen diese einzugrenzen und nach einem Miktionstagebuch fragen)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, bitte eingrenzen:
Gefühl der inkompletten Blasenentleerung:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Sexualfunktion	
Sexualfunktionsstörung:	<input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Libidoverlust <input type="radio"/> Erektile Dysfunktion <input type="radio"/> Frühzeitige Ejakulation
Schlafstörung	
Schnarchen:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Unbekannt
Apnoephasen:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Unbekannt
Stridor:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Unbekannt
Pupillen/Linsen	
Unschärfsehen/verschwommen Sehen fluktuierend:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Häufiges Blendgefühl:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
weitere Faktoren	
Alkoholkonsum:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Gelegentlich <input type="radio"/> Regelmäßig:
Flüssigkeitsaufnahme / Tag:	0,5l/1l/1,5l/2l/2,5l/3l/3,5l/4l
übliche Harnfarbe:	<input type="radio"/> Hell <input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Dunkel