

Anamnese des autonomen Nervensystems (ANS)

Vom Behandler während des Termins gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen.

Patient(in)		ID / Akte	
Datum		Behandler(in)	
Geburtsdatum		Geschlecht	

A. Kontext & Hauptanliegen

1. Was ist der Hauptgrund für den heutigen Termin? (1-2 Zeilen)	
2. Wann haben die Symptome begonnen? (Datum / ungefähr)	
3. Gab es einen Auslöser? (Infektion, Operation, Trauma, Stress, Schwangerschaft, Medikationsänderung, Reise, unbekannt)	☐ Infektion ☐ OP ☐ Trauma ☐ Stress ☐ Schwanger. ☐ Med.-Änderung ☐ Reise ☐ Unbek.
4. Verlauf: konstant / episodisch / progredient / fluktuierend	☐ Konstant ☐ Episodisch ☐ Progred. ☐ Fluktuierend
5. Schweregrad	Heute Schl. 2 Wo
6. Top-3 Therapieziele (Schlaf / Schmerz / Fatigue / Angst / Funktion / Sonstiges)	

B. Schlaf & zirkadianer Rhythmus

7. Einschlafprobleme?	☐ Ja ☐ Nein Min:
8. Nächtliches Erwachen? (Anzahl der Aufwachphasen)	☐ Ja ☐ Nein
9. Zu frühes Erwachen und nicht wieder einschlafen können?	☐ Ja ☐ Nein
10. Fühlen Sie sich nach dem Schlaf erholt? (0-10)	
11. Tagsüber Nickerchen? (nie / manchmal / täglich; Minuten)	
12. Schichtarbeit / häufige Zeitzonewechsel / spätes Essen? (Details)	

C. Orthostase & kardiovaskulär

13. Schwindel/Benommenheit beim Aufstehen?	Häuf Int Nie / Manchmal / Oft / Täglich
14. Ohnmacht oder Beinahe-Ohnmacht in den letzten 12 Monaten?	☐ Ja ☐ Nein
15. Herzklopfen oder schnelle Herzschläge? (Auslöser; Brustschmerz?)	☐ Ja ☐ Nein
16. Verschlimmerung durch Hitze, Dusche, Dehydratation oder langes Stehen?	☐ Ja ☐ Nein
17. Kalte Hände/Füße oder Farbveränderungen (blass/blau/rot)?	☐ Ja ☐ Nein
18. Belastungsintoleranz (ungewöhnliche Müdigkeit/Symptome bei geringer Anstrengung)?	☐ Ja ☐ Nein

Anamnese des autonomen Nervensystems (ANS)

Vom Behandler während des Termins gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen.

Patient(in) ID / Akte Datum

C. Orthostase & kardiovaskulär

19. Bekannte Blutdruckprobleme (niedrig / hoch / variabel / unbekannt) ☐ Niedrig ☐ Hoch
☐ Variabel ☐ Unbek.

D. Atmung / Atemregulation

20. Atemnot, nicht durch Belastung erklärbar? ☐ Ja ☐ Nein
21. Episoden mit schneller Atmung / „Lufthunger“ / Kribbeln um Mund/Hände? ☐ Ja ☐ Nein
22. Schnarchen, beobachtete Apnoen oder Aufwachen mit Erstickungsgefühl? ☐ Ja ☐ Nein

E. Gastrointestinal

23. Übelkeit Häuf
Nie / Manchmal / Oft
24. Erbrechen oder Würgen? ☐ Ja ☐ Nein
25. Reflux/Sodbrennen? ☐ Ja ☐ Nein
26. Frühes Sättigungsgefühl oder Appetitmangel? ☐ Ja ☐ Nein
27. Bauchschmerzen/Blähungen (0-10; Auslöser)
28. Stuhlgang: Verstopfung / Durchfall / Drang. Bitte Häufigkeit/Woche angeben.

F. Thermoregulation & Schwitzen

29. Hitzeintoleranz ☐ Ja ☐ Nein
30. Kälteintoleranz ☐ Ja ☐ Nein
31. Starkes Schwitzen / Nachtschweiß ☐ Ja ☐ Nein
32. Vermindertes Schwitzen oder deutlich trockene Haut im Vergleich zu früher ☐ Ja ☐ Nein
33. Flush-Episoden (Gesicht/Brust) oder Temperaturschwankungen ☐ Ja ☐ Nein

G. Urogenital & Sexualfunktion

34. Häufiger Harndrang/Drang oder Nykturie (0 / 1 / 2 / 3+ pro Nacht)
35. Inkontinenzepisoden (Belastung/Drang) ☐ Ja ☐ Nein
36. Schmerzen bei Blasenfüllung oder beim Wasserlassen ☐ Ja ☐ Nein
37. Sexuelle Funktionsstörung (optional) ☐ Ja ☐ Nein

Anamnese des autonomen Nervensystems (ANS)

Vom Behandler während des Termins gemeinsam mit dem Patienten auszufüllen.

Patient(in) ID / Akte Datum

H. Schmerz, Sensibilität & Muskeltonus

38. Chronische Schmerzen >3 Monate? (Hauptlokalisationen) ☐ Ja ☐ Nein
39. Neuropathische Symptome (Brennen, Kribbeln, Stromschläge, Taubheit)? ☐ Ja ☐ Nein
40. Muskelspannung/Spastik/Krämpfe oder Restless-Legs? ☐ Ja ☐ Nein
41. Kopfschmerz/Migräne, Kieferanspannung/Bruxismus oder Gesichtsschmerz? ☐ Ja ☐ Nein

I. Fatigue, Kognition, Stimmung & Sicherheit

42. Anhaltende Fatigue oder postexertioneller „Crash“ (schlechter nach Aktivität)? ☐ Ja ☐ Nein
43. Brain Fog / Konzentrationsprobleme Häuf
Nie / Manchmal / Oft
44. Stimmungssymptome (Angst und/oder depressive Stimmung / Interessenverlust) Häuf
Nie / Manchmal / Oft
45. Gedanken an Selbstverletzung oder sich unsicher fühlen? (bei Ja Protokoll aktivieren) ☐ Ja ☐ Nein

Optionale Zusatzfelder

Medikamente (inkl. OTC), Supplements, Koffein/Nikotin, Flüssigkeit/Salz, wichtige Diagnosen/OPs, aktuelles Behandlungsteam:

Anamnese des autonomen Nervensystems (ANS)

Objektives Monitoring (HRV, Schlaf & Cortisol)

Objektives Monitoring (HRV, Schlaf & Cortisol)

HRV (Herzfrequenzvariabilität) — mindestens 3 Messungen

Datum	HRV VOR	HRV NACH	Notizen

Cortisol-Messungen (1-3)

Datum / Uhrzeit	Ergebnis (Einheit)	Notizen

NESA-Sitzungen (10) - Protokoll

Erster Zyklus: 10 Sitzungen (mind. 2 Sitzungen/Woche).

#	Datum	Notizen
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Ausgewählte aktuelle Referenzen

• Baker JR, Hira R, Uppal J, Raj SR. Clinical Assessment of the Autonomic Nervous System. Card Electrophysiol Clin. 2024;16(3):239–248. doi:10.1016/j.ccep.2024.02.001.

• Wieling W, Kaufmann H, Claydon VE, et al. Diagnosis and treatment of orthostatic hypotension. Lancet Neurol. 2022;21(8):735–746. doi:10.1016/S1474-4422(22)00169-7.

• Hovaguimian A. Dysautonomia: Diagnosis and Management. Neurol Clin. 2023;41(1):193–213. doi:10.1016/j.ncl.2022.08.002.

• Novak P, Systrom DM, Marciano SP, et al. Mismatch between subjective and objective dysautonomia. Sci Rep. 2024;14:2513. doi:10.1038/s41598-024-52368-x.

• O'Dell JA, Walker A, Latham AJ, et al. The Diagnostic Journey of Dysautonomia Patients: Insights from a Patient-Reported Outcome Study. J Patient Exp. 2025;12:23743735251314651. doi:10.1177/23743735251314651.

Anamnese des autonomen Nervensystems (ANS)

Schlaf-/Aktigraphieprotokoll (Tage 1–42) — Basiswoche Tage 1–7 falls keine Aktigraphie zuvor.

Tag	Datum	Schlaf-Eff. %	Schlaf ges. (h)	REM (h)	Non-REM (h)	Aufwachen (#)	Gerät	Notizen
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								