

Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs
Medizinische Administration
Kreuzberg 310
3920 Groß Gerungs

Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient,

wir ersuchen Sie, diesen Erhebungsbogen bitte **6 Wochen vor Rehabilitationsantritt** in Blockbuchstaben auszufüllen und mittels beiliegendem Rückantwortkuvert an uns zurückzusenden bzw. per FAX (02812 8681 513) oder per Mail an medizin@herz-kreislauf.at zu übermitteln. Sie können diesen auch unter www.herz-kreislauf.at ausfüllen. Aus Aktualitätsgründen bitten wir Sie, diese Frist einzuhalten und uns den Bogen **nicht früher** zuzusenden!

Geplantes Anreisedatum: _____

Stammdaten	
Familienname, Vorname, Titel	
Vers.-Nummer, Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse – wenn vorhanden (eigene oder von Vertrauensperson)	
Staatsbürgerschaft	
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> keine

Name und Adresse des nächsten Angehörigen/Vertrauensperson	
Name/Verwandtschaftsverhältnis	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

Vor- und Nachname und Adresse Ihres Hausarztes	
Name	
PLZ, Ort	

Vor- und Nachname und Adresse Ihres Internisten/Kardiologen (wenn vorhanden)	
Name	
PLZ, Ort	

Gibt es Medikamente, die Sie bisher nicht vertragen haben?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____	
Sind Allergien bekannt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____	
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____	
Zuletzt ausgeübter Beruf: _____ Erlerner Beruf: _____		
<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> pensioniert, seit ____	<input type="checkbox"/> arbeitslos, seit ____ <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig, seit ____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Seniorenzentrum <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung	
Kinder	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Alter der Kinder (auch wenn schon erwachsen) _____	
Familienerkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz- oder Krebserkrankungen)?		
Erkrankung Vater:	_____	<input type="checkbox"/> verstorben mit ____ Jahren an _____
Erkrankung Mutter:	_____	<input type="checkbox"/> verstorben mit ____ Jahren an _____
Erkrankung Geschwister:	_____	
Benötigen Sie Unterstützung im täglichen Leben?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, durch	<input type="checkbox"/> Mobile Hilfsdienste <input type="checkbox"/> Angehörige/Nachbarn/Freunde <input type="checkbox"/> 24-h-Betreuung <input type="checkbox"/> _____
	Körperpflege <input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Haben Sie im letzten Jahr regelmäßig Bewegung (Spazieren, Wandern, Radfahren, ...) gemacht?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____ wie oft/Woche _____ wie lange pro Einheit _____	
Verwenden Sie Hilfsmittel bei der Bewegung?		
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> Rollmobil <input type="checkbox"/> Rollstuhl
Hatten Sie bereits eine Operation oder schwere Erkrankungen?		
Zutreffendes bitte ankreuzen und die Jahreszahl und ev. Seite (links/rechts) daneben angeben.		
<input type="checkbox"/> Mandeln _____	<input type="checkbox"/> Blinddarm _____	<input type="checkbox"/> Schilddrüse _____
<input type="checkbox"/> Leistenbruch _____	<input type="checkbox"/> Gallenblase _____	<input type="checkbox"/> Gebärmutter _____
<input type="checkbox"/> Krampfadern _____	<input type="checkbox"/> Prostata _____	<input type="checkbox"/> Magen/Darm _____
<input type="checkbox"/> Thrombose _____	<input type="checkbox"/> Lunge _____	<input type="checkbox"/> Bandscheiben/WS _____
<input type="checkbox"/> Hüfte/Knie _____	<input type="checkbox"/> Schlaganfall _____	<input type="checkbox"/> Krebs (welcher) _____
<input type="checkbox"/> Sonstige (welche, wann) _____ _____		

Wann und wo waren Sie bereits auf Rehabilitation oder Kur?

Risikofaktoren

Rauchen

nie geraucht
 Ex-Raucher seit _____ (Jahreszahl, z. B. 2001)
 Raucher, aktuell _____ Zigaretten/Tag
 aktuell E-Zigarette

Wenn Ex-Raucher oder Raucher:
Im langjährigen Durchschnitt _____ Zigaretten/Tag über _____ Jahre
Sonstiges (z. B. Pfeife, Zigarren, Wasserpfeife, ...): _____

Alkohol nie selten gelegentlich täglich, wie viel _____

Sind Sie zuckerkrank? (Diabetes mellitus) Typ ____ nein ja, seit _____

Gibt es in Ihrem Alltag seelisch belastende und/oder erfreuliche Umstände?

im Privatleben, welche _____ ?
 im Berufsleben, welche _____ ?

Allgemeine medizinische Auskünfte

Aktuelles Gewicht: _____ kg Langjähriges Durchschnittsgewicht: _____ kg Größe: _____ cm
Gewicht (in den letzten 6 - 12 Monaten):
 konstant
 Abnahme um _____ kg seit _____ gewollt ungewollt
 Zunahme um _____ kg seit _____
Anmerkung: _____

Appetit gut mäßig schlecht

Trinkmenge (inkl. Kaffee und Suppe) _____ Liter/Tag

Stuhlgang normal Verstopfung häufig Blähungen

Durchfall Abführmittel

Wasserlassen (Miktion) normal Blasenschwäche

Nennen Sie uns Ihre **persönlichen Ziele** für die Rehabilitation! Was erwarten Sie von Ihrem Aufenthalt und was möchten Sie erreichen? Was ist für Ihren Alltag danach wichtig?
BITTE DIESES FELD UNBEDINGT AUSFÜLLEN!

