

Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs
 Aufnahmemanagement
 Kreuzberg 310
 3920 Groß Gerungs

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,
 sehr geehrter Patient,

wir ersuchen Sie, diesen Erhebungsbogen bitte **6 Wochen vor dem Rehabilitationsantritt** in Blockbuchstaben auszufüllen und mittels beiliegendem Rückantwortkuvert an uns zurückzusenden bzw. per FAX (02812 8681 300) oder per Mail an aufnahmemanagement@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	
Versicherungsnummer	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Weitere Telefon-Nr. (z. B. mobil)	
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	
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	

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten von Medikamenten, Nahrungsmitteln oder Sonstigem?

ja, welche _____

nein

Zuletzt ausgeübter **Beruf**: _____

Erlerner Beruf: _____

berufstätig pensioniert, seit ____ arbeitslos, seit ____ arbeitsunfähig seit ____

Familienstand ledig verheiratet Lebensgemeinschaft geschieden verwitwet

Wohnsituation allein lebend im Familienverband betreutes Wohnen/Heim
 mit Betreuung (z. B. Heimhilfe, Kinder)

Kinder ja Alter der Kinder (auch wenn schon erwachsen) _____

Familienerkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz- oder Krebserkrankungen)?

Vater: _____ verstorben mit ____ Jahren an _____

Mutter: _____ verstorben mit ____ Jahren an _____

Geschwister: _____

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

im Privatleben, welche _____ ?

im Berufsleben, welche _____ ?

Hatten Sie bereits eine Operation oder schwere Erkrankungen?
Zutreffendes bitte ankreuzen und die **Jahreszahl und ev. Seite** (links/rechts) daneben angeben.

Mandeln _____ Blinddarm _____ Schilddrüse _____

Leistenbruch _____ Gallenblase _____ Nierensteine _____

Krampfadern _____ Prostata _____ Gebärmutter _____

Thrombose _____ Lunge _____ Magen/Darm _____

Hüfte/Knie _____ Knochenbrüche _____ Bandscheiben/WS _____

Grauer/Grüner Star _____ Schlaganfall _____ Krebs (welcher) _____

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 Passivraucher

aktuell E-Zigarette

Wenn Ex-Raucher oder Raucher:

Im langjährigen Durchschnitt _____ Zigaretten/Tag über _____ Jahre

Sonstiges (z. B. Pfeife, Zigarren, Wasserpfeife, ...): _____

Alkohol	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> täglich, wie viel _____
Benötigen Sie alkoholfreie Kost?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist ein Bluthochdruck bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie hohe Blutfette bzw. ein hohes Cholesterin?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie erhöhte Harnsäure? (Hyperurikämie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hatten Sie bereits einen Gichtanfall?	<input type="checkbox"/> ja, wann _____	<input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie zuckerkrank? (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____	
Fühlen Sie sich beruflich oder privat übermäßig belastet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie unter Atemnot in Ruhe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Allgemeine medizinische Auskünfte

Aktuelles Gewicht: _____ kg Langjähriges Durchschnittsgewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Gewicht (in den letzten 6 Monaten):

- konstant
 Abnahme um _____ kg seit _____ gewollt ungewollt

Anmerkung: _____

Appetit	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schlecht
Durst (Flüssigkeitszufuhr)	Trinkmenge (Liter/Tag) _____		
Schwitzen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermehrt:	<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> bei Belastung <input type="checkbox"/> nachts
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> häufig Blähungen
	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Abführmittel	
Wasserlassen (Miktion)	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> erschwert	<input type="checkbox"/> sehr häufig <input type="checkbox"/> schmerzhaft
	<input type="checkbox"/> nächtlich, wie oft _____	<input type="checkbox"/> wiederholt Harnwegsinfekte	<input type="checkbox"/> Blasenschwäche
Schlaf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen
	<input type="checkbox"/> Schlafmittel		
Regelmäßige Bewegung (Spazieren, Wandern, Radfahren, Schwimmen, ...)			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____			
wie oft _____ wie lange _____			
Verwenden Sie Hilfsmittel bei der Bewegung?			
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> Rollmobil	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
Körperpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	

Bestehen aktuell Schmerzen und/oder Einschränkungen am Bewegungsapparat?

nein ja, wo _____

Benötigen Sie Unterstützung bei der Beschaffung von Waren des täglichen Bedarfs (Lebensmittel, Brennstoff, Bekleidung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benötigen Sie Unterstützung bei der Erledigung von Hausarbeit (Reinigungsarbeiten, Wäsche)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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!

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Bitte auch Insuline angeben!
 ja; Bitte tragen Sie die Medikamente anhand der Originalpackungen in die Liste ein und bringen Sie alle Originalpackungen zur Rehabilitation mit, **keine befüllten Wochendispenser.** nein

Name des Medikaments	Herstellerfirma	Angabe in mg	früh	mittags	abends	spät
Beispiel: Nexium	Astra Zeneca	10 mg	1	0	0	0

Tragen Sie eine LifeVest (Defibrillatorweste)? ja nein

Haben Sie einen implantierten Defibrillator (ICD/CRT)? ja nein

Bitte um telefonische Kontaktaufnahme in folgenden Fällen (02812/8681-251):

<input type="checkbox"/> CPAP-Gerät (Schlafmaske)	<input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie
Dialyse	<input type="checkbox"/> ja
Aktuelle Infektionserkrankung (z. B. fieberhafter Infekt, Durchfall, Erbrechen, Herzmuskelentzündung, ...)	<input type="checkbox"/> ja
Keimbeseidelung (z. B. Nasen/Rachenraum, Wunden, Harnwege, ...)	<input type="checkbox"/> ja

Hiermit bestätige ich, diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt zu haben.

Datum, Unterschrift