

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 oder per Mail an medizin@herz-kreislauf.at zu übermitteln. Unter www.herz-kreislauf.at können Sie diesen auch herunterladen, digital ausfüllen und an oben genannte Mailadresse senden. Aus Aktualitätsgründen bitten wir Sie, diese Frist einzuhalten und den Bogen **nicht früher** zu übermitteln.

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!

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

Art der Anreise (selbst mit PKW, durch Angehörige, etc.): _____

Die Abreise ist von Ihnen selbst und auf eigene Kosten zu organisieren. Dies gilt auch für den Fall, dass Sie mit einem Rettungstransport anreisen.

Art der Abreise (selbst mit PKW, durch Angehörige, etc.): _____

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

<input type="checkbox"/> CPAP-Gerät (Schlafmaske)	<input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator
LifeVest (Defibrillatorweste)?		<input type="checkbox"/> ja
Dialyse		<input type="checkbox"/> ja
Aktuelle Infektionserkrankung (z. B. fieberhafter Infekt, Durchfall, Erbrechen, Herzmuskelentzündung, ...)		<input type="checkbox"/> ja
Keimbeseidlung (z. B. Nasen/Rachenraum, Wunden, Harnwege, ...)		<input type="checkbox"/> ja
Probleme bei der Orientierung, z. B. - Hilfe erforderlich „um Orte zu finden“ oder - Umgang mit Uhrzeit		<input type="checkbox"/> ja
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> keine

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

Datum, Unterschrift

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.