

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

geplantes Anreisedatum:

Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient,

wir ersuchen Sie, diesen Erhebungsbogen bitte **6 Wochen vor Rehabilitationsantritt** in Blockbuchstaben auszufüllen und mittels beiliegendem Rückantwortkuvert an uns zurückzusenden. Alternativ haben Sie auch die Möglichkeit diesen 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.

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	
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 oder Nahrungsmittel, 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 _____	

Wann und wo waren Sie bereits auf Rehabilitation oder Kur?	
Risikofaktoren	
Rauchen	<input type="checkbox"/> nie geraucht <input type="checkbox"/> Ex-Raucher seit _____ (Jahreszahl, z. B. 2001) <input type="checkbox"/> Raucher, aktuell _____ Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> 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"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich, wie viel _____
Sind Sie zuckerkrank? (Diabetes mellitus) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Typ _____	
Gibt es in Ihrem Alltag seelisch belastende und/oder erfreuliche Umstände?	
<input type="checkbox"/> im Privatleben, welche _____?	
<input type="checkbox"/> im Berufsleben, welche _____?	
Allgemeine medizinische Auskünfte	
Aktuelles Gewicht: _____ kg Langjähriges Durchschnittsgewicht: _____ kg Größe: _____ cm Gewicht (in den letzten 6 - 12 Monaten): <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> Abnahme um _____ kg seit _____ <input type="checkbox"/> gewollt <input type="checkbox"/> ungewollt <input type="checkbox"/> Zunahme um _____ kg seit _____ Anmerkung: _____	
Appetit	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht
Trinkmenge (inkl. Kaffee und Suppe) _____ Liter/Tag	
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"/> häufiger Harndrang <input type="checkbox"/> 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!	

