

Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs  
Med. Administration  
Kreuzberg 310  
3920 Groß Gerungs

## Aufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

wir ersuchen Sie, diesen Erhebungsbogen bitte **4 Wochen vor dem Rehabilitationsantritt** in Blockbuchstaben auszufüllen und mittels beiliegendem Rückantwortkuvert an uns zurückzusenden oder per FAX (02812 8681 513) zu übermitteln. Aus Aktualitätsgründen bitten wir Sie, diese Frist einzuhalten und uns den Bogen **nicht früher** zuzusenden!

Stammdaten	
Familienname, Vorname, Titel	
Versicherungsnummer	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Weitere Telefon-Nr. (z. B. mobil)	
Staatsbürgerschaft	
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> Muttersprache/sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> keine

Name und Adresse des nächsten Angehörigen	
Name	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

Name und Adresse Ihres Hausarztes	
Name	
PLZ, Ort	

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

<b>Haben Sie eine Patientenverfügung getroffen?</b>
<input type="checkbox"/> ja (bitte in Kopie mitbringen) <input type="checkbox"/> nein
<b>Liegt eine Sachwalterschaft vor?</b>
<input type="checkbox"/> ja, Kontaktdaten _____ <input type="checkbox"/> nein
Zuletzt ausgeübter <b>Beruf:</b> _____
Erlerner Beruf: _____
<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> pensioniert, seit ____ <input type="checkbox"/> arbeitslos, seit ____ <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig seit ____
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
<b>Kinder</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Alter der Kinder (auch wenn schon erwachsen) _____
<b>Wohnsituation</b> <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen/Heim <input type="checkbox"/> mit Betreuung (z. B. Heimhilfe, Kinder)
<b>Familienerkrankungen</b> (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz- oder Krebserkrankungen)?
Vater: _____
Mutter: _____
Geschwister: _____
Großeltern: _____
<b>Hatten Sie bereits eine Operation oder schwere Erkrankungen?</b> Zutreffendes bitte ankreuzen und die <b>Jahreszahl und ev. Seite</b> (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"/> Nierensteine _____
<input type="checkbox"/> Krampfadern _____ <input type="checkbox"/> Prostata _____ <input type="checkbox"/> Gebärmutter _____
<input type="checkbox"/> Grauer Star (Katarakt) _____ <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) _____ <input type="checkbox"/> Herz _____
<input type="checkbox"/> Lunge _____ <input type="checkbox"/> Venen/Thrombose _____ <input type="checkbox"/> Darm _____
<input type="checkbox"/> Magen (Geschwür) _____ <input type="checkbox"/> Hüfte _____ <input type="checkbox"/> Wirbelsäule _____
<input type="checkbox"/> Bandscheiben _____ <input type="checkbox"/> Knie _____ <input type="checkbox"/> Knochenbrüche _____
<input type="checkbox"/> Schlaganfall _____ <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (welche, wann) _____
<input type="checkbox"/> Sonstige (welche, wann) _____
<b>Haben Sie Metall im Körper?</b> (z. B. Schraube, Prothese, Splitter, Herzschrittmacher)
<input type="checkbox"/> ja, wo _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Sauerstoffversorgung?</b>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, CPAP-Gerät <input type="checkbox"/> ja, Heimsauerstoff

**Wann und wo waren Sie bereits auf Rehabilitation oder Kur?**

**Allgemeine medizinische Auskünfte**

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Langjähriges Durchschnittsgewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm  
Gewicht (in den letzten 6 Monaten):

konstant

Abnahme um \_\_\_\_\_ kg seit \_\_\_\_\_  gewollt  ungewollt  durch Entwässerung

Zunahme um \_\_\_\_\_ kg seit \_\_\_\_\_

Operation in den letzten 3 Monaten: \_\_\_\_\_ kg vor OP, \_\_\_\_\_ kg nach OP

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Appetit  gut  mäßig  schlecht

Durst  
(Flüssigkeitszufuhr) Trinkmenge (Liter/Tag) \_\_\_\_\_

Schwitzen  normal  
 vermehrt:  dauernd  bei Belastung  nachts

Stuhlgang  normal  Verstopfung  häufig Blähungen  
 Durchfall  Abführmittel, welches \_\_\_\_\_

Wasserlassen  
(Miktion)  normal  erschwert  sehr häufig  schmerzhaft  
 nächtlich, wie oft \_\_\_\_\_  wiederholt Harnwegsinfekte  Blasenschwäche

Schlaf  normal  wechselnd  Einschlafstörungen  Durchschlafstörungen  
 Schlafmittel, welche \_\_\_\_\_ , wie oft \_\_\_\_\_

Regelmäßige Bewegung (Spazieren, Wandern, Radfahren, Schwimmen, ...)

nein  ja, welche \_\_\_\_\_

wie oft \_\_\_\_\_ wie lange \_\_\_\_\_

Sind Sie in Ihrer Beweglichkeit eingeschränkt?

Gehstock  Krücken  Rollator  Rollstuhl

Körperpflege  selbstständig  mit Hilfe

**Risikofaktoren**

Ist ein Bluthochdruck bekannt?  ja  nein

Haben Sie hohe Blutfette bzw. ein hohes Cholesterin?  ja  nein

Sind Sie zuckerkrank?  
(Diabetes mellitus)  nein  
 ja, seit \_\_\_\_\_  
 Zuckermedikamente (welche, seit wann)

\_\_\_\_\_  
 Insulin (welches, seit wann)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits einen Gichtanfall? (Hyperurikämie)  ja, wann \_\_\_\_\_  nein

Rauchen  nie geraucht  
 Ex-Raucher seit \_\_\_\_\_ (Jahreszahl, z. B. 2001)  
 Raucher, aktuell \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag  
 Wenn Ex-Raucher oder Raucher:  
 Im langjährigen Durchschnitt \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag über \_\_\_\_\_ Jahre  
 Sonstiges (z. B. Pfeife, Nikotinersatz): \_\_\_\_\_

Alkohol  nie  gelegentlich  täglich, wie viel \_\_\_\_\_

Besteht/Bestand ein Alkoholproblem?  ja  nein

Benötigen Sie alkoholfreie Kost?  ja  nein

Fühlen Sie sich beruflich oder privat übermäßig belastet?  ja  nein

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

ja, welche \_\_\_\_\_

nein

**Wann und wo war der letzte Krankenhausaufenthalt?**

Bitte die letzten Entlassungsberichte zum Aufenthalt mitbringen!

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

ja (Bitte nehmen Sie die Originalpackungen zur Hand und tragen Sie alle Medikamente ein)  nein

Name des Medikaments	Herstellerefirma	Angabe in mg	früh	mittags	abends	spät
<b>Beispiel:</b> Pantoprazol	Ratiopharm	40 mg	1	0	0	0

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift