

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. 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: _____

Mutter: _____

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 | |

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? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 |
| Keimbesiedelung (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