

Anamnesebogen



Cornelia Wilke
FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin /
Sozialmedizin / Chirotherapie
Praxis Mockauer Straße 123 · 04357 Leipzig
Telefon 0341 - 60051350
Telefax 0341 – 60051359
e-mail info@prm-leipzig.de
www.prm-leipzig.de

Patientenname:

.....

Geburtsdatum:(=.....Jahre alt)

Telefonnummer:

.....

Krankenkasse:(ggf. zuständige Geschäftsstelle)

Sehr geehrte Patienten,

frühere Krankheiten, Risikofaktoren, Einflüsse aus Ihrem Lebensbereich sowie Beruf können sich auf Ihre Beschwerden auswirken. Wir möchten, dass wir Ihr Gesundheitszustand optimal beurteilen können.

Bitte helfen Sie uns, indem Sie den Fragebogen noch vor dem Arzttermin ausfüllen und zur Untersuchung mitbringen.

Dabei sind vorhandene Kästchen anzukreuzen oder Angaben in einem kurzen Text zu beantworten. Wichtig sind Zeitangaben! Bei allen unklaren Fragen wird Ihnen der Arzt helfen. Bei Bedarf nutzen Sie bitte ein Extrablatt.

Erkrankungen in Ihrer Familie

	Mutter	Vater	Geschw.	Kinder
Herzkrankheiten/ Infarkt				
Bluthochdruck				
Schlaganfall				
Zuckerkrankheit				
Krebs				
Rheuma				
Nervenleiden				
Osteoporose				
Schilddrüse				
Andere Krankheiten				

Welche Erkrankungen hatten Sie in Ihrem bisherigen Leben?

Kinderkrankheiten?

- Diphtherie Keuchhusten Masern Mumps Röteln Scharlach
 Windpocken andere: _____

Sonstige Erkrankungen? (bitte Jahr angeben)

- Kinderlähmung Tuberkulose Hepatitis
 Rheuma seit Gicht seit Epilepsie seit
 Fettstoffwechselstörung Bluthochdruck seit
 Zuckerkrankheit seit (behandelt mit Diät, Tabletten, Insulin)
 Schuppenflechte seit
 andere Erkrankungen

Krankheiten/Operationen?

	Krankheit/Operation	Jahr	Welches Krankenhaus
Magen/Darm			
Leber, Galle			
Niere			
Blase/Vorsteherdrüse			
Herz/Kreislauf			
Lunge			
Schilddrüse			
Gebärmutter/Eierstöcke			
Mandeln			
Blinddarm			
Leistenbruch rechts/links			
Andere Organe / Krankheiten			

Erkrankungen am Bewegungsapparat/Unfälle?

Körperteil	Krankheit/Operation	Jahr	Welches Krankenhaus

- Haben Sie einen Herzschrittmacher Insulinpumpe sonstige Implantate

Rehabilitationen/Kuren?

Grund/Erkrankung	Jahr	Welche Reha-Einrichtung

Weitere Fragen zu Ihnen oder Ihrer Befindlichkeit:

Größe: cm Gewicht: kg
○ Zunahme ○ Abnahme (im letzten ½ Jahr) kg ○ Gewicht konstant
Appetit: ○ unauffällig ○ gestört Durst: ○ unauffällig ○ gestört
Schlaf: ○ unauffällig ○ gestört (○ Einschlafen ○ Durchschlafen ○ wegen Schmerzen)
Stuhlgang: ○ unauffällig ○ gestört
Wasserlassen: ○ unauffällig ○ gestört ○ nachts/wie oft?
Herzbeschwerden: ○ unauffällig ○ in Ruhe ○ bei Belastung (Welche?):
Atemnot: ○ unauffällig ○ in Ruhe ○ bei Belastung
○ Allergien: ○ Unverträglichkeiten:

Fragen zu möglichen Risikofaktoren:

Nikotin: ○ nein ○ ja (Was, Wieviel?):seit wann?.....
Alkohol: ○ nein ○ ja (Was, Wie oft, Wieviel?):
Subjektiv empfundenes Stressniveau: ○ kein ○ leicht ○ mittel ○ hoch
Regelmäßige sportliche Aktivitäten:

Gynäkologische Anamnese:

1. Regel im Lebensjahr letzte Regel:(Wann?), ○ unauffällig
Normalgeburten: (Zahl) Unterbrechungen: (Zahl) Fehlgeburten:(Zahl)
Letzte gynäkologische Untersuchung:(Wann?) ○ unauffällig

Krankheitsverlauf (Schreiben Sie kurz in Stichworten mit Zeitangaben !), Wann und wie haben Ihre Beschwerden akut begonnen, wie ging es weiter ? Wie waren die Beschwerden in letzter Zeit (Tagen, Wochen, Monaten) und welche ?

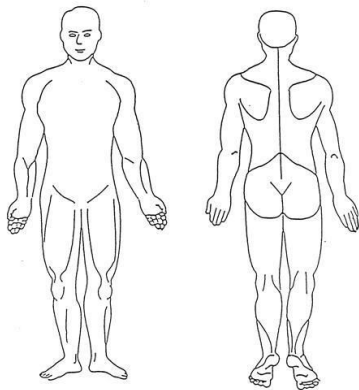
weiter auf nächstem Blatt

Welche diagnostischen Maßnahmen wurden bisher durchgeführt (z.B. Röntgen, CT, MRT)?

Maßnahme	Jahr

Wann und eventuell durch welche Bewegungen oder Situationen sind welche Beschwerden stärker oder schwächer? Ausstrahlung? Begleiterscheinungen?

Jetzige/derzeitige Beschwerden:



Welche Einschränkungen und Folgen der Erkrankung sind für Sie erkennbar?

Was genau ist dabei eingeschränkt?

- Beruf/ Arbeitstätigkeit
- Sport/ Freizeit
- Haushalt
- An-/ Auskleiden Körperhygiene/Waschen
- Einkauf/ Selbstversorgung Treppensteigen aufwärts/abwärts?
- weitere:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Name Medikament	Stärke	morgens	mittags	abends

Welche Behandlungen haben Sie in den letzten 6 Monaten erhalten?

Behandlungen (z.B. Physiotherapie, Spritzen, Akupunktur etc.)	Anzahl

Bei welchen Ärzten sind Sie derzeit in Behandlung?

- Kardiologe (Herzspezialist)
- Diabetologe (Zuckerspezialist)
- Orthopäde
- HNO (Hals-Nasen-Ohren-Arzt)
- Onkologe (Krebsspezialist)
- Neurologie
- Psychotherapie
- Psychiater
- sonstiges

Familienstand verheiratet ledig verwitwet getrennt geschieden

Gibt es eine/ einen Lebenspartnerin oder -partner ? ja nein

Ist die/ der Lebenspartner/in oder Ehepartner/in berufstätig? ja nein

Wie viele Kinder haben Sie ?

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? unterhaltspflichtig?

Wohnverhältnisse: Eigenheim Zi.-Wohnung Etage Treppen:

Fahrstuhl: ja nein

Soziale Belastungen (z.B. Pflege von Angehörigen) nein ja (Welche?)

Psychische Belastungen:

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

nein Antrag, wann gestellt?

ja Wieviel Prozent weshalb

seit wann: durch wen anerkannt:

läuft derzeit ein Klageverfahren vor dem Sozialgericht?

Besitzen Sie eine Pflegestufe?

ja in welcher Höhe

nein Antrag bereits gestellt? am

Haben Sie bereits Hilfsmittel verordnet bekommen?

ja welche? Unterarmstützen Gehstock Rollator Rollstuhl

Hörgerät Brille TENS-Gerät

Sonstige

nein

Hobbies/ Freizeitaktivitäten/ Sport (Was?, Wie oft ? Seit wann?)

Rente/ Vorruhestand/ Altersteilzeit

Welche Antwort können Sie als für sich zutreffend ankreuzen ?

EU = Erwerbsunfähigkeitsrente BU = Berufsunfähigkeitsrente

EMR = Erwerbsminderungsrente AR = Altersrente

Ich habe zur Zeit nicht vor, eine Rente zu beantragen

Ich glaube, daß ich eine Rente beantragen muß

Ich habe bereits eine Rente beantragt, wann: _____ welche: _____

Ich habe bereits eine Rente beantragt, aber der Antrag ist abgelehnt worden.

Ich beziehe eine zeitlich befristete Rente bis zum: _____ welche: _____

Ich beziehe eine zeitlich unbefristete Rente welche: _____

Ich nehme eine Regelung zur Altersteilzeit/ Vorruhestand/ Betriebsrente o.ä. in Anspruch,
seit wann:

Für Patienten, die nicht mehr erwerbstätig (Rente/ Vorruhestand etc.) sind, endet der Fragebogen an dieser Stelle. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Patienten, die noch im erwerbstätigen Alter sind, eine Arbeitsstelle haben oder arbeitslos sind, bitten wir auch noch die weiteren Fragen auf den nächsten Seiten zu beantworten.

Ausbildung und Beruf

Welchen Schulabschluß haben Sie ? keinen, Klasse

Welchen Beruf haben Sie erlernt / Studium ? (Ggf. mehrere Lernberufe angeben!

.....von.....bis.....

.....

beruflicher Werdegang

Welche Berufe/ Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt ? (alle angeben, Zeiten/ Jahre)

Von - bis	Angestellt / tätig als

Letzte Tätigkeit/ Arbeitsstelle ? (die sie länger als 1 Jahr lang ausgeübt haben)

.....

Arbeitszeit: Stunden/ Woche **Überstunden:** Stunden/ Woche

Bereitschaftsdienste ? nein ja Wie häufig + Stunden/ Woche?:

Schichtdienste ? nein ja Früh Spät Nacht Gleitzeit

Arbeitsweg (Entfernung od. Zeit angeben)/ Verkehrsmittel:

.....

Worin bestehen Ihre Arbeitsaufgaben/-inhalte (beschreiben Sie Ihre Arbeit):

.....

.....

.....

.....

Welche körperlichen Belastungen haben Sie am Arbeitsplatz? (z.B. Stehen vorgeneigt oder Heben von 25 kg, Häufigkeiten, Gewichte, Wiederholungen und Zeiten pro Arbeitstag angeben):

.....
.....
.....

Sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz zufrieden?

ja nein

Glauben Sie, daß Sie Ihre Arbeit weitermachen können, trotz Ihrer Beschwerden?

ja nein bin unsicher

Müssen oder wollen Sie sich beruflich verändern?

nein ja Wenn ja, Wünschen Sie dazu Beratung und Unterstützung ? nein ja

Welche eigenen Vorstellungen bestehen?

.....

Befinden Sie sich zurzeit in einer Umschulung () oder wird eine geplant () oder ist eine beantragt ()?

nein ja Wenn ja, welcher Beruf ?

Nur für Arbeitslose (auch wenn Sie zurzeit **krankgeschrieben** sind)

Fragen hier bitte nur beantworten, wenn Sie zurzeit arbeitslos sind.

Seit wann sind Sie arbeitslos? seit:

Aus welchem Grund sind Sie arbeitslos?

.....
.

Falls Sie wieder einen Arbeitsplatz finden, könnten Sie dann trotz Beschwerden Ihre letzte Tätigkeit in den nächsten Jahren wieder ausüben?

ja nein bin unsicher, Warum?:

Haben Sie Aussicht auf eine erneute Beschäftigung?

nein ja Wenn ja, welche ?

Welche eigenen Vorstellungen bestehen?

.....
.....

Krankheitszeiten

1. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben ?

nein ja Wenn ja, seit wann / warum ?

.....

2. Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

nein ja

Wenn ja, schreiben Sie bitte anschließend auf, in welcher Zeit (von – bis) und wegen welcher Erkrankung Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben waren. Wenn Sie sich nicht genau erinnern können, bitte ungefähre Daten und für die letzten 12 Monate genau die Gesamtzeit in Tagen/ Wochen/ Monaten angeben.

Krankgeschrieben wegen

von – bis

Gesamtzeit

.....
.....

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung