

Anamnesebogen Krankenkasse



01/20

F CA 02 006 06

Sehr geehrte/-r Patientin/Patient,
um die Behandlung in unserem Hause für Sie erfolgreich zu gestalten, möchten wir Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen vollständig auszufüllen.

Mit Ihren Angaben unterstützen Sie eine erfolgreiche Reha-Planung.

OHNE DEN BEI ANREISE AUSGFÜLLTEN ANAMNESEBOGEN KANN EINE REGULÄRE AUFNAHME NICHT ERFOLGEN!

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Jetzige Beschwerden/aktuelle Erkrankung, ggf. OP-Datum

Bitte schreiben Sie die Beschwerden, die Sie am stärksten empfinden zuerst auf.

Weitere relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle [mit Jahresangabe]

z.B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit seit Dezember 2018

Vegetative Anamnese

Appetit: gut schlecht

Durst: geringe Trinkmenge reichliche Trinkmenge normale Trinkmenge

Gewicht: gleichbleibend

in den letzten ___ Monaten ___ kg zugenommen abgenommen

Stuhlgang: unauffällig Verstopfung Durchfall Stuhlinkontinenz

Abführmittel: _____

Wasserlassen: unauffällig Brennen sehr häufig nachts, wie oft: ___ mal

Harninkontinenz

Luftnot

Schlaf: unauffällig Einschlafstörungen, seit ___ Jahren wegen _____

Durchschlafstörungen, seit ___ Jahren wegen _____

Schlafmittel, welche/-s: _____

Psyche: _____

Allergien: keine bekannt ja, auf _____

Verhaltensanamnese

Raucher: nein ja ___ Zigaretten/Zigarren/Pfeifen pro Tag

Alkohol: nie gelegentlich täglich: _____

Derzeitige Medikamenten-Einnahme (auch Bedarfsmedikation)

Name	Stärke	morgens/mittags/abends			hier vorhanden	
		1	0	0	ja	nein
z.B.: Ramipril	5 mg	1	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sozialanamnese

Familiäre Situation:

ledig verheiratet geschieden getrennt lebend

verwitwet Lebenspartner/in

Kinder: nein ja ___ in der Nähe wohnend

Besondere Alltagsbelastungen, z.B. Pflege von Angehörigen oder sonstigen Personen:

nein ja _____

selbständige Haushaltsführung

Wohnsituation:

Eigenheim Etagenwohnung altersgerechtes Wohnen (betreutes Wohnen etc.)

Treppennutzung erforderlich: nein ja, Anzahl der Stufen _____

Körperliche Aktivitäten/Freizeitverhalten:

Gartenarbeit

Sport _____

sonstiges _____

Sonstige Angaben:

Grad der Behinderung [GdB] ___ Merkzeichen _____

Pflegegrad: nein ja, Angabe des Pflegegrades _____

Adresse der Krankenkasse:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Adresse des Hausarztes (für den Entlassungsbericht wichtig):

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Adresse der nächsten Angehörigen:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Bitte bringen Sie ggf. Ihre Zuzahlungsbefreiung mit!

Wichtiger Hinweis: Während Ihres Rehabilitationsaufenthalts möchten wir Sie im Rahmen unserer Anwendungen und Serviceleistungen gern persönlich unter Ihrem Namen ansprechen und Ihre Rehaleistungen dokumentieren (z.B. namentliche Kennzeichnung Ihres Speisesaalplatzes). Alle weiteren Sozialdaten werden entsprechend den hierfür geltenden Datenschutzregelungen vertraulich behandelt. Für weitergehende Fragen oder Verfahrensregelungen nutzen Sie bitte das ärztliche Aufnahmegespräch.

Das Informationsblatt „personenbezogene Daten“ finden Sie auf unsere Internetseite www.reha-klinik-wiesengrund.de unter dem Menüpunkt „Kontakt“.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Informationen über „personenbezogene Daten“ gelesen zu haben und die Richtigkeit meiner Angaben:

Hiermit bestätige ich, dass sämtlich medizinischen Informationen dem oben genannten Arzt zur Verfügung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten