

Anamnesebogen Teil 1



10/22

F CA 02 114 00

Sehr geehrte/-r Patientin/Patient,
um die Behandlung in unserem Hause für Sie erfolgreich zu gestalten, bitten wir Sie, den Fragebogen vollständig auszufüllen und zu unterschreiben. Mit Ihren Angaben unterstützen Sie eine erfolgreiche Reha-Planung.

Notwendig ist eine kurzfristige Rücksendung an die Klinik!

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

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:

- Haus Etagenwohnung altersgerechtes Wohnen (betreutes Wohnen etc.)
Treppennutzung erforderlich: nein ja, Anzahl der Stufen _____

Körperliche Aktivitäten/Freizeitverhalten:

- Gartenarbeit
 Sport _____
 sonstiges _____

Stürze/Sturzangst

- Sind Sie im letzten Jahr gestürzt? nein ja, Anzahl der Stürze ____
Haben Sie Sturzangst? nein ja

Sonstige Angaben:

- Grad der Behinderung (GdB) nein ja ____ Merkzeichen _____
Pflegegrad: nein ja, Angabe des Pflegegrades _____

Adresse des Hausarztes

In Einzelfällen kann eine Rücksprache mit Ihrem Hausarzt notwendig sein.

Name: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon, _____
Faxnummer _____

Ich entbinde die Rehaklinik Wiesengrund dem hier genannten Hausarzt gegenüber von der Schweigepflicht. ja nein

Auskünfte und Informationen zu meinem gesundheitlichen Zustand darf die Rehaklinik Wiesengrund geben an [Entbindung von der Schweigepflicht]:

Name: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil: _____

Verwandtschaftsverhältnis/Rolle [z.B. Tochter, Nachbarin]: _____

Ich bin darüber informiert, dass eine Unterbrechung der Maßnahme nach Vorgabe der Kostenträger nicht möglich ist. In der Zeit von 22.30 Uhr bis 6.00 Uhr besteht Anwesenheitspflicht.

Datenschutz:

Wir benötigen gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre Einwilligung um die uns anvertrauten, für die Behandlung notwendigen Daten verarbeiten zu dürfen.

Wir erheben Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung.

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].

Das ausführliche Informationsblatt „Verarbeitung personenbezogener Daten“ finden Sie auf unserer Internetseite www.reha-klinik-wiesengrund.de unter dem Menüpunkt „Kontakt/Downloads & Links“ und es kann Ihnen auf Wunsch zugesandt werden.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß den Ausführungen im Informationsblatt „Verarbeitung personenbezogener Daten“ [10/22, F GF 00 119 04] durch die Klinik Wiesengrund GmbH & Co. KG ein.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift Arzt der Rehaklinik Wiesengrund

Dieses Formular ist kurzfristig an die Klinik zurück zu senden!

Anamnesebogen
Teil 2



10/22

F CA 02 006 07

Dieses ausgefüllte Formular bei Anreise mitbringen!

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

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 Durchfall Stuhlinkontinenz
 Verstopfung Abführmittel: _____
Wasserlassen: unauffällig Brennen sehr häufig nachts, wie oft: ____ mal
 Harninkontinenz
Luftnot: nein ja, bei _____
Schlaf: unauffällig Einschlafstörungen, seit ____ Jahren wegen _____
 Durchschlafstörungen, seit ____ Jahren wegen _____
 Schlafmittel, welche/-s: _____
Psyche: _____
Lebensmittelunverträglichkeit: ja, auf _____
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		
<i>z.B.: Ramipril</i>	<i>5 mg</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

hier vorhanden

ja nein

-----	<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"/>

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift Arzt der Rehaklinik Wiesengrund

Dieses ausgefüllte Formular bei Anreise mitbringen!