



Anamnesebogen
Bitte so ausführlich wie möglich ausfüllen!

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

Patient/in in unserer Praxis seit:.....
 Vorheriger Hausarzt/Hausärzte.....

Schwerbehinderung:..... % Merkzeichen (z.B. aG, G,...):
 Größe:cm aktuelles Gewicht:.....kg

Betreuung/Vormund? nein ja
 Name:..... Tel:..... mobil:.....

Beruf erlernt:.....ausgeübt:.....
 Arbeitszeit:..... Stunden/Woche Schichtdienst Wechselschicht Nachtdienst Akkord
 arbeitslos Rentner, seit

zur Zeit arbeitsunfähig? Seit wann?.....
 Weswegen?.....

verheiratet geschieden verwitwet feste Partnerschaft alleinstehend
..... Sohn/Söhne, Geburtsjahr(e)?..... Tochter/Töchter, Geburtsjahr(e)?.....
 leben im gleichen Haushalt in der Nähe weit entfernt kein/wenig Kontakt

Besitzen Sie ein Auto? ja nein Fahren Sie noch Autobahn/weitere Strecken? ja nein

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?
 (Beschwerden bitte in der Reihenfolge ihrer Schwere notieren, schwerste zuerst) Seit wann bestehen diese Erkrankungen und wie ist der Verlauf?

Welche Tätigkeiten in Ihrem Alltagsleben können Sie nicht mehr oder nur eingeschränkt ausführen und warum nicht? Bitte möglichst genau schildern!

Welche Tätigkeiten in Ihrem Berufsleben können Sie nicht mehr oder nur eingeschränkt ausführen und warum nicht? Bitte möglichst genau schildern!

Weil ich krank bin, habe ich Schwierigkeiten in den Bereichen:

	Kein Problem	Komme zurecht	Fällt mir schwer	Brauche Hilfe	Geht nicht mehr
Verständigung (Sehen, Hören, Sprechen, Schreiben)					
Beweglichkeit (Gehen, Treppesteigen, Laufen, Tragen, Bücken)					
Selbstversorgung (Waschen, Anziehen, Essen)					
Leben mit Freunden und Bekannten, Verein, ...					

Welche Beschwerden haben Sie konkret?

Schmerzen wo?..... Wann?.....Wie oft?.....

.....

Schwindel wann?..... Wie lange?Wie oft?.....

Müdigkeit

Konzentrationsstörungen

Gedächtnisstörungen

traurige Stimmung

sonstiges

.....

Gibt es weitere/ frühere Erkrankungen, Operationen u.ä.

.....

	was?	seit wann?	wie oft?	wie viel?
<input type="checkbox"/> Nikotin				
<input type="checkbox"/> Alkohol				
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel				
<input type="checkbox"/> Drogen				
<input type="checkbox"/> sonstiges				

Gibt es in Ihrem Leben Dinge, die Sie belasten und die vielleicht auch Ihren gesundheitlichen Zustand beeinträchtigen?

allein lebend

alleinerziehend

in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend

Pflege oder Tod eines Familienangehörigen

Unterstützung(-sbedarf)

sprachliche Verständigungsschwierigkeiten

Mehrfachbelastung (Familie, Haushalt, Beruf, Pflege von Angehörigen) – bitte

beschreiben:.....

.....

Einsamkeit

Langeweile

wenig Unterstützung durch Familie, Freunde, Nachbarn

mir fehlt eine Person, der ich mich anvertrauen kann

Stress - bitte beschreiben:.....

.....

- Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagssituationen – bitte beschreiben:
-
-
- unregelmäßige Arbeitszeiten χ auch abends χ Wochenende χ Überstunden
- unklar formulierte Anforderungen
- nicht sicherer Arbeitsplatz
- Konflikte am Arbeitsplatz
- Partnerkonflikte
- Konflikte mit anderen Bezugspersonen
- Beziehungen zu den Kindern beeinträchtigt
- Geldsorgen
- ungünstige Wohnsituation – bitte beschreiben:
-
-
- sonstiges.....
-
-

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Erfolgten Vorstellungen bei Fachärzten , z.B. Orthopäde, Neurologe o.a.?

bei wem?.....wann? mit welchem Ergebnis?.....

.....

.....

Erfolgten apparatetechnische Untersuchungen?

- Röntgen was?.....wann?mit welchem Ergebnis?.....
- CT
- MRT.....
- sonstiges?.....

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus wegen dieser Erkrankungen?

nein ja wann?wo?.....

.....

Besitzen und benutzen Sie Hilfsmittel (Gehstock, Rollator, Bandagen, Prothese, orthopädische Schuhe u.ä.)? welche?

Waren Sie schon einmal zur Kur oder zur Reha?

nein ja wann? wo?weswegen?.....

.....

Haben Sie oder hatten Sie schon einmal Psychotherapie?

nein ja wann?wo? weswegen?.....

.....

.....

	über- haupt nicht	ein wenig	teil- weise	größten - teils	in hohem Maße	in sehr hohem Maße
Ich verrichte meine Aufgaben nur langsam.						
Meine Zukunft erscheint mir hoffnungslos.						
Beim Lesen kann ich mich nur schwer konzentrieren						
Mein Leben ist Freudlos und ohne Vergnügen.						
Ich kann keine Entscheidungen fällen.						
Dinge, die früher für mich interessant waren, sind jetzt uninteressant.						
Ich bin oft unglücklich, traurig und niedergeschlagen.						
Ich finde keine Ruhe, bin rastlos.						
Ich bin immer müde.						
Schon kleinste Aufgaben sind mich eine große Anstrengung.						
Ich fühle mich schuldig und habe es verdient, bestraft zu werden.						
Ich bin ein Versager.						
Ich habe eine Leere in mir, eher tot als lebendig.						
Ich kann nicht schlafen, nicht einschlafen oder durchschlafen.						
Ich habe schon überlegt, wie ich Selbstmord begehe.						
Ich fühle mich gefangen.						
Selbst über schöne Dinge kann ich mich nicht freuen.						
Ich habe einfach so stark zu- oder abgenommen.						

Haben oder hatten Sie schon einmal eine ärztliche Verordnung für

- Krankengymnastik wann?..... wie oft?.....
- Rehasport wann?..... wie oft?.....
- Massage wann?..... wie oft?.....
- Physikalische Therapie (Kälte-/Wärmeanwendungen, Fango usw.)
wann?.....wie oft?.....
- sonstiges wann?..... wie oft?.....

Nehmen Sie Sport- oder Fitnessangebote wahr, die sie selbst finanzieren (Schwimmen, Sportverein, Yoga o.ä.) was?.....wann?..... wie oft?.....
.....
.....

Haben Sie Beratungsangebote wahrgenommen? Wo?.....wann?.....
Besuchen Sie eine Selbsthilfegruppe? Welche?.....seit wann?.....

Besitzen und benutzen Sie Hilfsmittel (Gehstock, Rollator, Bandagen, Prothese, orthopädische Schuhe u.ä.)? welche?
.....

Sind Sie in ein DMP (Disease Mangement Programm) der Krankenkasse eingeschrieben?

- Diabetes
- KHK
- Asthma/COPD
- sonstiges

Planen Sie eine Kur- oder Rehamassnahme? ja nein

Wenn Sie "nein" angekreuzt haben, brauchen Sie die folgenden Fragen nicht zu beantworten, ansonsten bitte bis zum Ende ausfüllen:

Wo sollte der Schwerpunkt liegen (z.B. Rückenschmerzen, Gelenkbeschwerden, Herzerkrankungen, Essstörungen/Übergewicht, Allergien, Burn-out-Problematik, Alkoholproblematik, psychische Probleme (Depression, Ängste), sonstiges?)

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

Was versprechen Sie sich von einer Kur- oder Rehamassnahme? Was möchten Sie wieder tun können?

.....

Gibt es etwas, was Sie in einer Kur lernen möchten?.....

.....

Wo möchten Sie gerne eine Kur machen?.....

.....

Warum dort?.....

.....

Können Sie zum Kurort mit öffentlichen Hilfsmittel reisen? ja nein - warum nicht?.....

.....

Brauchen Sie dabei Begleitung? nein ja – warum?.....

.....

Müssen Sie zum Kurort mit einem PKW reisen? nein ja – warum?.....

.....

Fahren Sie selbst oder benötigen Sie einen Fahrer? fahre selbst benötige Fahrer/Begleitung warum?.....

.....