

ANAMNESEBOGEN VOR STATIONÄRER AUFNAHME

Name
 Geburtsdatum
 Krankenkasse

EINGRIFF

- Hüft-TEP
- Knie TEP
- ASK Knie
- ASK Schulter
- ASK OSG
- Fuß Chirurgie
-

KLARTEXT

- (bitte mit Jahreszahlen/seit wann):
- Diagnose
- Operation
- Rechts Links

ICD/OPS

+ KOPF ODER GEHIRN:

Schlaganfall
 Gehirnerschütterung
 Demenz
 Ohren
 Augen
 Herz, Blutgefäße oder Lunge:
 Bluthochdruck
 Herzinfarkt
 Angina pectoris
 Schrittmacher
 Markumar
 Herzfehler
 Lungenentzündung
 andere

+ MAGEN ODER DARMTRAKT (Galle, Leber, Milz):

Magenschleimhautentzündung
 Magengeschwüre
 Tumore („Krebs“)
 künstlicher Ausgang?.....
 Gelbsucht
 Gallensteine
 andere

+ HARN- UND GESCHLECHTSORGANE:

Nierensteine
 Blasenentzündungen.....
 nächtliches Wasserlassen?.....
 Prostataerkrankung
 Gebärmuttererkrankung.....
 Eierstockerkrankung

+ SONSTIGE:

Krampfadern
 Entzündlich rheumatische Erkrankungen
 Zuckerkrankheit
 Gicht
 Fettstoffwechselstörung (Cholesterin)
 Schuppenflechte
 Schilddrüse

+ OPERATIONEN: (Welche /Jahr /wo operiert?)

.....

+ UNFÄLLE/ARBEITSUNFALL ODER PRIVATER UNFALL:

(mit Datum).....

+ EINSCHRÄNKUNGEN AN GELENKEN UND WIRBELSÄULE

Halswirbelsäule
 Brustwirbelsäule
 Lendenwirbelsäule
 Arme
 Beine

Gehzeit am StückMinuten

- Nachtschmerzen ja nein
- Ruheschmerzen ja nein
- Anlaufschmerzen ja nein
- belastungsabhängige Schmerzen ja nein
- Brillenträger? ja nein
- Schwerhörigkeit? ja nein
- Inkontinenz Darm Blase nein
- Gehstock rechts links nein
- Orthopädische Schuhe ja nein
- Orthopädische Apparate ja nein

Rauchen: Anzahl der Zigaretten pro Tag

Alkohol: (Menge)

Allergien:

Medikamente: (Welche/Stärke und Dosierung pro Tag/

Häufigkeit der Einnahme, bei Schmerztabletten

z.B. „Ibuprofen 400, 5 mal pro Monat“):

.....

Beruf Rentner?

Familienstand ledig Partner? Kinder?

Wohnsituation eigene Wohnung betreutes Wohnen

Altenheim

anerkannter GdB %

Merkzeichen

Pflegestufe?

Datum

Unterschrift Mitarbeiterin / Patient

.....
