

Vertrags-/Kundennummer \_\_\_\_\_

## Anlage 5 – Anamnesebogen

Teilnehmer-Name: \_\_\_\_\_

**Nachfolgende relevante Erkrankungen und Beeinträchtigungen sind aktuell oder aus der Vergangenheit bekannt:**

### Blut- /Kreislaufferkrankungen

 ja  nein Bluthochdruck  Niedriger Blutdruck  Blutgerinnungsstörung

### Herzerkrankungen

 ja  nein Arrhythmien (Unregelmäßiger Herzschlag)  Stents (Gefäßstütze) Defibrillator/Herzschrittmacher

### Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)

 ja  nein

### Lungen-/Atemwegserkrankungen

 ja  nein Asthma (Asthma Bronchiale)  Chronische Bronchitis (COPD)  Bläh- oder Raucherlunge (Lungenemphysem)

### Neurologische Erkrankungen

 ja  nein Schlaganfall in Vergangenheit (Apoplex / TIA / PRIND)  Krampfleiden (Epilepsie) Schüttellähmung (Parkinson) Multiple Sklerose (MS) oder Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

### Sonstige Vorerkrankungen

 ja  nein Glasknochenkrankheit (Osteoporose)  Oberschenkelhalsbruch in Vergangenheit

### Psychische- und Suchterkrankungen

 ja  nein Depressionen  Alkoholabhängigkeit  Drogenabhängigkeit

### Infektionskrankheiten

 ja  nein Tuberkulose (TBC)  Gelbsucht (Hepatitis)  AIDS (HIV positiv)

Vertrags-/Kundennummer \_\_\_\_\_

### Beeinträchtigungen & wichtige Informationen

ja       nein

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Gehörlosigkeit                    | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen       |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung  | <input type="checkbox"/> Erblindung                        | <input type="checkbox"/> Amputation            |
| <input type="checkbox"/> Gehbehinderung  | <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung<br>(Hemiparese) | <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung   |
| <input type="checkbox"/> Hüftprothese    | <input type="checkbox"/> Knieprothese                      | <input type="checkbox"/> Körpergewicht > 100kg |

### Relevante Hilfsmittel

ja       nein

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät | <input type="checkbox"/> Rollator, sonst. Gehhilfe | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
|--|--|------------------------------------|

### Bekannte lebensbedrohliche Allergien (Medikamente/Insektengifte)

### Folgende relevante Medikamente sind verordnet:

#### Blutgerinnungshemmer (ASS, Marcumar, Xarelto o. ä.)

Ja       Nein

#### Starke Schmerzmittel (Morphium, Fentanyl o. ä., auch Schmerzpflaster)

Ja       Nein

#### Blutdrucksenker (Beloc, Ramipril o. ä.)

Ja       Nein