

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

## Anlage 5 – Anamnesebogen

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

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

### Blut- /Kreislauferkrankungen

ja  nein

Wenn ja:

Bluthochdruck  Niedriger Blutdruck  Blutgerinnungsstörung

### Herzerkrankungen

ja  nein

Wenn ja:

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

### Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)

ja  nein

### Lungen-/Atemwegserkrankungen

ja  nein

Wenn ja:

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

### Neurologische Erkrankungen

ja  nein

Wenn ja:

Schlaganfall in Vergangenheit (Apoplex / TIA / PRIND)  Krampfleiden (Epilepsie)  
 Schüttellähmung (Parkinson)  Demenz (Vom Arzt attestiert)  
 Multiple Sklerose (MS) oder Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

### Sonstige Vorerkrankungen

ja  nein

Wenn ja:

Glasknochenkrankheit (Osteoporose)  Oberschenkelhalsbruch in Vergangenheit

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

### Psychische- und Suchterkrankungen

ja       nein

Wenn ja:

Depressionen       Alkoholabhängigkeit       Drogenabhängigkeit

### Infektionskrankheiten

ja       nein

Wenn ja:

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

### Beeinträchtigungen & wichtige Informationen

ja       nein

Wenn ja:

<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 (Hemiparese)	<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung
<input type="checkbox"/> Hüftprothese	<input type="checkbox"/> Knieprothese	<input type="checkbox"/> Körpergewicht > 100kg

### Relevante Hilfsmittel

ja       nein

Wenn ja:

Sauerstoffgerät       Rollator, sonst. Gehhilfe       Rollstuhl

### Folgende relevante Medikamente sind verordnet:

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

Ja       Nein

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

Ja       Nein

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

Ja       Nein