Anamnesebogen - Kardiologie
Fragebogen zu Ihrer Erkrankungsgeschichte und Ihren Beeinträchtigungen

Klinik Hochstaufen - Herkommerstraße 2 - 83457 Bayerisch Gmain – Tel. 08651/7710

Deutsche Rentenversicherung
Reha-Zentrum
Bayerisch Gmain
Klinik Hochstaufen

Name: ……

Vorname: ……

Alter: …… Geb.-Datum: ……

Größe: ……cm, Gewicht: ……kg

Straße: …… PLZ/Wohnort: ……

Bitte füllen Sie den folgenden Bogen aus und senden Sie diesen zeitnah an folgende Adresse:
medizinisches-sekretariat-hochstaufen@drv-bund.de
Bitte bringen Sie auch diesen Bogen sowie weitere Arzt- und Krankenhausberichte zu Ihrem ärztlichen Aufnahmegespräch in der Klinik mit.

Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist selbstverständlich vertraulich. Je genauer Sie uns jedoch Ihre persönliche Situation schildern, umso gezielter kann die Rehabilitation geplant und umso erfolgreicher durchgeführt werden. Bitte schreiben Sie in Druckbuchstaben/leserlich.

Vielen Dank!

Ihr Team der Klinik Hochstaufen

1.1. Aktuelle Beschwerden

Bitte lassen Sie bei der Beantwortung der Fragen nur die Beschwerden **in den letzten 3 Monaten** einfließen. Bei Veränderung bitte **aktuellen Zustand** beschreiben

Haben Sie ein Druckgefühl/Brennen am/im Brustkorb?

□ nein □ bei starker körperlicher Anstrengung (Joggen, Schneeschieben)

□ beim Treppensteigen (ca. 2 Stockwerke) □ beim Gehen in der Ebene

□ in Ruhe und/oder geringster körperlicher Anstrengung

Haben Sie Kurzatmigkeit (= schnelle, flache Atmung unter Einsatz der Atemhilfsmuskulatur)?

□ nein □ beim Treppensteigen (ca. 2 Stockwerke) □ beim Treppensteigen (weniger als 1 Stockwerk) □ in Ruhe und/oder geringster körperlicher Anstrengung

Haben Sie Luftnot (= Atemnot, Gefühl nicht richtig Luft zu bekommen, Erstickungsangst)?

□ nein □ beim Treppensteigen (ca. 2 Stockwerke) □ beim Treppensteigen (weniger als 1 Stockwerk) □ in Ruhe und/oder geringster körperlicher Anstrengung

Haben Sie Schmerzen beim Gehen in den Beinen?

□ nein □ nach mehr als 200 Meter □ nach weniger als 200 Meter □ in Ruhe

□ rechts Bein □ Oberschenkel □ Unterschenkel □ Fuß

□ linkes Bein □ Oberschenkel □ Unterschenkel □ Fuß

Verspüren Sie Herzrhythmusstörungen (schneller / langsamer / unregelmäßiger Puls) ?

□ nein □ ja → bei welcher Gelegenheit: _____

Provokation durch: _____

Besserung durch: _____

Verspüren Sie Schwindel?

□ nein □ ja → bei welcher Gelegenheit: _____

Provokation durch: _____

Besserung durch: _____

Waren Sie in den letzten 3 Monaten bewusstlos?

□ nein □ ja → bei welcher Gelegenheit: _____

Haben Sie geschwollene Beine?

□ nein □ ja → □ einseitig (links/rechts) □ beidseitig

→ □ Besserung bei am Morgen

Müssen Sie nachts Wasserlassen?

□ nein □ ja → Wie oft? _____

Haben Sie Schmerzen?

□ nein □ ja

□ Rücken

□ Gelenke

□ OP-Gebiet

☐_____

Haben Sie weitere Beschwerden?

1.2. Krankheitsverlauf

Krankheitsbeginn (wann und wie hat die aktuelle (Herz-)erkrankung begonnen?

Krankenhausaufenthalte (Wann? /Wo?)?

Komplikationen?

Wann war die letzte Kontrolle bei der Hausärztin/dem Hausarzt bzw. der Kardiologin/dem Kardiologen?

1.3. Weitere Erkrankungen/Operationen/Unfälle

Welche Erkrankungen/Operationen/ Unfälle sind bereits bekannt
(Jahr des Auftretens, Diagnose, ggf. Therapie)?

z.b. 1995 Darmkrebs (Operation, Chemotherapie)

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Kardiovaskuläre Risikofaktoren:

Bluthochdruck (systolischer/oberer Wert in Ruhe > 135 mm Hg)?
□ nein □ ja → durchschnittliche Blutdruckmesswerte in der Selbstmessung: _____/____ mmHg

Erhöhtes Cholesterin?

□ nein □ ja → letzter LDL Cholesterinwert: _____ mg/dl, Lp(a): _____

Diabetes mellitus?

□ nein □ ja → letzter HbA1c: _____ %

Übergewicht?

□ nein □ ja

Rauchen?

□ nie

□ aufgehört → In welchem Jahr?_____ Wie lange?_____Jahre, Zigaretten/d?_____

□ ja → Seit wann? _____
□ < 10 Zigaretten/d □ 10-20 Zigaretten/d □ > 20 Zigaretten/d

Körperliche/sportliche Aktivitäten

□ nein

□ ja → Welche Aktivität? Wie oft? Wie lange? (z.b. Schwimmen, 2x/Woche, je 30 Minuten)

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Sind in Ihrer Familie bei Eltern, Geschwistern, Kindern Herzerkrankung/Schlaganfall/Diabetes/Krebs aufgetreten?

□ nein

□ ja → in welchem Alter kam es zur Erkrankung? (z.b. Mutter, Herzinfarkt, 50 Jahre)

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Gab es eine Bestrahlung im Bereich des Brustkorbes?

□ nein □ ja → Wann?_____ Was wurde bestrahle? _____

1.4. Biografische Anamnese:

Fühlen Sie sich über Ihre Erkrankung ausreichend informiert?

□ nein □ ja

Ist die Bewältigung der Erkrankung abgeschlossen?

□ nein □ ja

1.5. Vegetative Anamnese:

Allgemeinbefinden?	□ gut	□ mäßig	□ schlecht	
Appetit?	□ gut	□ mäßig	□ schlecht	□ vermehrt
Trinkmenge/Tag?	_____ Liter			
Gewicht?	□ konstant	□ zunehmend	□ abnehmend	
Stuhlgang?	□ regelmäßig	□ unregelmäßig		
	□ Durchfall	□ Verstopfung	□ normal geformt	
	Anzahl der Stühle ___	□ pro Tag	□ pro Woche	
	Art: □ blutig	□ schleimig	□ aufgelegt	□ unterlegt □ schwarzer Stuhlgang
Stuhlentleerungsstörung?	□ keine	□ ja		
Unwillkürlicher Stuhlabgang?	□ keine	□ ja		
Wasserlassen?	□ ungestört	□ Schmerzen	□ nächtlicher Harndrang → wie oft ?	
	□ vermehrter Harndrang	□ Inkontinenz		
Beinschwellung?	□ keine	□ ja		

Schlaf? □ gut □ schlecht

□ Einschlafstörung □ Durchschlafstörung □ Früherwachen

□ Müdigkeit □ Verkürzter Schlaf □ Verlängerter Schlaf

□ Schnarchen □ Schnarchen mit Atemaussetzern

Übelkeit? □ nein □ ja

Erbrechen? □ nein □ ja

Schwitzen? □ unauffällig □ vermehrtes Schwitzen

Allergien? □ nein □ ja

→ Auf was? Welche Symptome? (z.b. Penicillin, Juckreiz)

_____ _____

_____ _____

Seelisches Befinden? □ unauffällig □ beeinträchtigt

Sexuelle Dysfunktion? □ nein □ ja

2.1. Sozialanamnese:

Familiäre Situation: □ verheiratet □ ledig □ geschieden □ verwitwet □ wieder verheiratet

□ alleine lebend □ Lebensgemeinschaft

Anzahl der Kinder? _____ davon im Haushalt: _____

Wohnsituation _____

□ Wohnung ebenerdig erreichbar

□ Treppensteigen erforderlich ___ Etagen

□ Treppensteigen nicht erforderlich (Aufzug verfügbar)

Häusliche Versorgung: □ gewährleistet □ nicht gewährleistet

Soziale Situation/Unterstützung durch Freundeskreis/Belastungen im Umfeld?

_____

Psychische Belastung: □ keine □ ja

Pflege von Angehörigen: □ keine □ ja

Finanzielle Absicherung: _____

Essgewohnheiten: _____ Hauptmahlzeiten _____ Zwischenmahlzeiten

□ Mischkost □ fleischarm □ vegetarisch □ spezielle Diät

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

□ Erwerbstätig wenn ja → □ Teilzeit □ Vollzeit

□ Altersrente seit _____ □ arbeitslos □ in Ausbildung

□ in Altersteilzeit □ Hausfrau/-mann □ Erwerbsminderungsrente

□ Berufsunfähigkeit □ Erwerbsminderung □ nicht erwerbstätig □ sonstige Rente

Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme in die Rehaklinik:

□ arbeitsfähig □ arbeitsunfähig → seit wann: _____, Grund: _____

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten (summiert):

□ keine □ nicht erwerbstätig □ < 3 Monate □ 3-6 Monate □ > 6 Monate

Diagnose(n) der Arbeitsunfähigkeit:

Rechtliche Versorgungssituation:

Vorsorgevollmacht: □ ja □ nein

Patientenverfügung: □ ja □ nein

Gesetzliche Betreuung:

Name: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Mail: _____

Pflegegrad: □ ja □ nein

Schwerbehindertenrecht:

Erstantrag: _____
Neufeststellungsantrag: _____
GdB: _____
Merkzeichen: _____

2.2. Arbeitsanamnese:

Beruflicher Werdegang:

Höchster Schulabschluss: □ keiner □ Hauptschule □ Realschule □ Abitur □ Studium

Erlernter Beruf: _____

Beruflicher Werdegang (wie ging es nach Berufsabschluss weiter, inkl. Umschulungen…)

_____

_____

_____

Berufskrankheiten: _____

Beschreibung des aktuellen Arbeitsplatzes:

Jetzige/letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit (= angestellte Tätigkeit):

_____

Belastungen am Arbeitsplatz: _____

Arbeitshaltung: □ sitzend □ stehend □ gehend

□ gebückte Haltung □ häufige Zwangshaltung □ Wechsel der Arbeitsposition mgl.

□ hockend/kniend □ ständige Überkopfarbeiten □ Schreibtischarbeit

□ Bildschirmarbeit

Arbeitsbelastung: □ monotone Arbeit □ Publikumsverkehr □ Schwindelfreiheit

□ Trittsicherheit □ Vibrationen □ Geschicklichkeit

□ Konzentration □ hohe Verantwortung □ hohe Stressbelastung

□ Hitze □ Nässe/Kälte/Zugluft □ freie Witterung

□ Innendienst □ Außendienst □ Reisetätigkeit

Arbeitsorganisation: □ Tagschicht □ Früh/Spätschicht □ Nachtschicht

Betriebsbeschreibung: _____

Zufriedenheit: _____

Fortführung der Tätigkeit möglich: □ ja □ nein

Erreichen: □ zu Fuß □ Fahrrad □ öffentl. Verkehrsmittel □ PKW

□ ohne Probleme □ mit Problemen

Betriebsärztliche Betreuung: □ nein □ ja: _____

2.3. Subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe:

Inwieweit sind Sie im Alltag (bei Haushalt, Freizeit, Sport) und im Beruf durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

Alltägliche Aktivitäten (Freizeit/Haushalt) werden…

□ ohne wesentliche □ mit mäßigen □ mit deutlichen Einschränkungen bewältigt.

□ werden zurzeit nicht bewältigt.

Welche Tätigkeiten fallen Ihnen schwer?

Was können Sie nicht mehr leisten?

Berufliche Aktivitäten werden (entfällt bei Altersruhegeldempfänger)

□ ohne wesentliche □ mit mäßigen □ mit deutlichen Einschränkungen bewältigt.

□ derzeit aufgrund der aktuellen □ Operation □ Akuterkrankung □ Arbeitsunfähigkeit noch nicht bewältigt.

Die Einschränkungen beziehen sich auf folgende Aktivitäten:

Rehaziele

Bitte nennen Sie uns hier Ihre persönlichen Ziele, die Sie während der Rehabilitation und für die Zeit danach konkret erreichen möchten.

Was möchten Sie durch die Rehabilitation erreichen?

Welche Beeinträchtigungen in Ihrem Arbeits- und Erwerbsleben und im Alltag sollen gebessert/behoben werden?

Ziel Nr. 1: _____

Ziel Nr. 2: _____

Ziel Nr. 3: _____

Bei Interesse an Rehasportgruppen oder sonstigen Nachsorgeprogrammen sprechen Sie bitte Ihre/Ihren Stationsärztin/-arzt an.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Aufnahmedatum: _____ ergänzt durch: _____

Aufnahmeärztin/-arzt