

Anamnesefragebogen Erwachsene

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum / Alter: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Zuzahlung befreit nicht befreit

Hausarzt: _____

Überweisender Arzt: _____

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges: _____

Anzahl pro Woche: _____ Hausbesuch ja nein

Warum kommen Sie zu uns? Was bereitet Ihnen im Alltag Schwierigkeiten? (auch Unfallhergang etc.)

Zielformulierung

Was soll sich durch die Ergotherapie verbessern?

Was sind Ihre konkreten Vorstellungen, Wünsche?

Krankheitsanamnese

Diagnose: _____

Nebendiagnose(n): _____

Risikofaktoren: _____

Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten: _____

Hör-/ Sehschwierigkeiten: _____

Wenn ja, entsprechende Hilfsmittel? (Brille, Hörgerät etc.) _____

Medikamente (Was? Wie oft?): _____

Letzte Krankenhausaufenthalte / OPs, Unfälle (Wann?): _____

Bisherige Therapien, Reha Aufenthalte: _____

Haben Sie zurzeit noch andere parallel stattfindende Therapien?

Physiotherapie Logopädie Psychotherapie _____

Wenn ja, wo? _____

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? Wenn ja, welche?

- Erkrankungen an den Atmungsorganen (COPD, Asthma etc.) _____
- Im urogenitalen Bereich (Harnwegsinfekte, Beckenbodenschwäche, Inkontinenz etc.) _____
- Im gynäkologischen Bereich (Menopause etc.) _____
- Hauterkrankungen (Schuppenflechte, Neurodermitis etc.) _____
- Neurologischen Erkrankungen (Tremor, Epilepsie etc.) _____
- Tumor Erkrankungen _____
- Zahn- bzw. Kiefererkrankungen (Knirschiene etc.) _____
- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Morbus Crohn etc.) _____
- Erkrankungen am Verdauungstrakt (Gallensteine, Durchfall, Verstopfungen etc.) _____
- Skelettsystem (Osteoporose, Arthrose etc.) _____
- Herz-/Kreislaufferkrankungen (Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen etc.) _____

Sind Sie Raucher? ja nein Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Nehmen Sie Drogen? ja nein

Haben Sie zurzeit Schmerzen? _____

Bitte schätzen Sie die Schmerzen ungefähr ein. Hierfür soll Ihnen eine Skala helfen:

Skala 1-10 1=kein Schmerz 10= schlimmster vorstellbarer Schmerz

Am Tag _____ Bei Belastung _____ In Ruhe _____ Nacht _____

Wie/wodurch werden diese Schmerzen hervorgerufen oder verändert? _____

Besteht der Schmerz dauerhaft wechselnd

Was haben Sie bisher gegen die Schmerzen getan? Was hat Ihnen geholfen? (Wärme, Kälte, Schmerzmedikamente etc.) _____

Sozialanamnese

Familienstatus: _____

Kinder: _____

Beruf erlernt/ausgeübt: _____

Berentet ja nein

Hobbys, Verein(e): _____

Unternehmen Sie viel mit Freunden, Bekannten etc.? _____

Besteht ein Pflegegrad? Wenn ja, welcher? _____

Besteht ein Grad der Behinderung? Wenn ja, welcher? _____

Sind Sie Rechtshänder oder Linkshänder

Umfeld Anamnese

Wohnung Haus (ca. Größe, mit Garten, Etage(n), etc.)

Wie viele Treppenstufen müssen sie bewältigen? _____

Handlauf ja nein Treppenlift Fahrstuhl Sonstiges: _____

Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl, Duschstuhl etc.): _____

Kommt zu Ihnen ein Pflegedienst? Wenn ja, wie oft: _____

Welche Tätigkeiten führt der Pflegedienst durch? _____

Erhalten Sie sonstige Hilfe im Haushalt? _____

Aktivitäten des täglichen Lebens

Haben Sie bei den folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens Schwierigkeiten oder Probleme?

Aufstehen vom Stuhl/Bett etc. ja nein _____

Treppensteigen ja nein _____

Sich Waschen/Duschen/Baden ja nein _____

Toilettengänge ja nein _____

Zähne putzen ja nein _____

Rasieren ja nein _____

Kochen / Essen zubereiten ja nein _____

Einkaufen ja nein _____

Haushalt führen / Putzen ja nein _____

Gehen (mit/ohne Hilfsmittel) ja nein _____

Garten pflegen ja nein _____

Telefonieren ja nein _____

PC/Handy bedienen ja nein _____

Auto fahren ja nein _____

_____ ja nein _____

_____ ja nein _____

_____ ja nein _____

Platz für weitere Notizen:

