

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 (Knirschschiene etc.) _____
- Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Morbus Crohn etc.) _____
- Erkrankungen am Verdauungstrakt (Gallensteine, Durchfall, Verstopfungen etc.) _____
- Skelettsystem (Osteoporose, Arthrose etc.) _____
- Herz-/Kreislauserkrankungen (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:

