Anamnese- und Untersuchungsbogen

**Die Teile „Personaldaten“ und „Medizinische Vorgeschichte“ werden zur Vorbereitung der ärztlichen Untersuchung von der Rotkreuz-Helferin / dem Rotkreuz-Helfer ausgefüllt.**

**Personaldaten** (Bitte lesbar ausfüllen.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname | Vorname | Anschrift |
| Geburtsname | Geburtsdatum | Telefon |

**Medizinische Vorgeschichte Anamnese und ärztliche Untersuchung**(Zutreffendes bitte ankreuzen 🗷.)

 Nein Ja

Tragen Sie ein Hörgerät? ❒ ❒

Tragen Sie Kontaktlinsen
oder eine Brille? ❒ ❒

Befanden Sie sich in der letzten Zeit
in ärztlicher Behandlung? ❒ ❒

Wenn Ja, weswegen?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig oder bei
Bedarf Medikamente (auch Salben,
Sprays, Pflaster, Kopfschmerz-
Tabletten,...) ein? ❒ ❒

Wenn ja, welche und wie viel pro Tag?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert
oder hatten Sie sonstige besondere
Erkrankungen, z.B. einen Unfall,
schwere Verletzungen? ❒ ❒

Wenn ja, welche und wann?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medizinische Vorgeschichte Anamnese und ärztliche Untersuchung**(Zutreffendes bitte ankreuzen 🗷.)

Leiden oder litten Sie an einer der

folgenden Erkrankungen: Nein Ja

Augenerkrankung
(z.B. grüner Star?)? ❒ ❒

Ohrenerkrankung?
Gleichgewichtsstörungen? ❒ ❒

Nervenleiden
(z.B. Lähmungen, Epilepsie)? ❒ ❒

Gemütsleiden
(z.B. Depressionen)? ❒ ❒

Schilddrüsenerkrankungen
(z.B. Kropf? Über- oder Unterfunktion)? ❒ ❒

Lungen- oder Atemwegserkrankungen
(z.B. Tuberkulose, Bronchitis,
Asthma, Lungenentzündung)? ❒ ❒

Herzerkrankung
(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris,
Herzfehler, Herzmuskelschwäche,
Herzrhythmusstörungen)? ❒ ❒

Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

*(z.B. Durchblutungsstörungen, hoher
oder niedriger Blutdruck, Thrombose,
Embolie)?* ❒ ❒

Lebererkrankungen
(z.B. Leberentzündung,
Gelbsucht, Hepatitis)? ❒ ❒

Erkrankungen des Verdauungstraktes

(z.B. Magenerkrankungen,
Darmerkrankungen)? ❒ ❒

Nieren- und Harnwegserkrankungen
(z.B. Nierenentzündungen)? ❒ ❒

Erkrankungen des Skelettsystems
(z.B. Wirbelsäulenschäden,
Gelenkerkrankungen)? ❒ ❒

*auffälliger Befund*

 o.B. ↓

 ↓ ↓

Sehfähigkeit grob orientierend ❒ ❒

*(z.B. starke oder stärkere Sehbeeinträchtigung, Sehleistung ohne Glas unter 0,3)*

Farbsehen grob orientierend ❒ ❒

*(z.B. Farbsehen gestört)*

Hörvermögen grob orientierend ❒ ❒

*(z.B. Hörvermögen von weniger als 5m Umgebungssprache auf jedem Ohr)*

Grob orientierende neurologische
Untersuchung ❒ ❒

*(z.B. jede Art von Anfallsleiden, Z.n. Apoplex)*

Orientierender Eindruck ❒ ❒

*(z.B. erhebliche Nerven- oder Gemütsleiden)*

Untersuchung Hals ❒ ❒

*(z.B. symptomatische Funktionsstörungen)*

Auskultation ❒ ❒

Perkussion ❒ ❒

Thoraxform ❒ ❒

Thoraxbeweglichkeit ❒ ❒

*(z.B. Erkrankungen des Thorax oder der Atmungsorgane, die die Lungenfunktion beeinträchtigen)*

Auskultation ❒ ❒

Pulsfrequenz ❒ ❒

RR bds. ❒ ❒

Kreislaufsystem orientierend ❒ ❒

*(z.B. Einschränkungen der Belastbarkeit oder Regulation durch Erkrankungen oder Veränderungen des Herzens oder des Kreislaufsystems, starke oder stärkere Blutdruckveränderungen)*

Untersuchung des Abdomens ❒ ❒

*(z.B. Hernien, veränderte Lebergröße, -oberfläche als Hinweis auf eine Lebererkrankung, Hepatitis)*

Skelett ❒ ❒

insbesondere Wirbelsäule ❒ ❒

Gliedmaßen ❒ ❒

Gelenke ❒ ❒

*(z.B. Erkrankungen des Bewegungs- oder Stützapparates oder Thorax mit Funktionseinschränkungen)*

Leiden oder litten Sie an einer der

folgenden Erkrankungen: Nein Ja

Muskelerkrankungen, -schwäche? ❒ ❒

Stoffwechselerkrankung
(z.B. Zuckerkrankheit, Diabetes)? ❒ ❒

Bluterkrankungen oder erhöhte
Blutungsneigung
(z.B. Neigung zu Nasenbluten,
blauen Flecken ohne
besonderen Anlass)? ❒ ❒

Allergien / Überempfindlichkeits-
Reaktionen

(z.B. Heuschnupfen, Allergie gegen
Lebensmittel, Tierhaare, Medikamente,
Latex)? ❒ ❒

Suchterkrankung
(z.B. Alkohol- oder andere Drogensucht,
regelmäßiger Drogengebrauch)? ❒ ❒

Ansteckende Erkrankungen

(z.B. Tuberkulose, HIV/AIDS,
Gelbsucht, Hepatitis)? ❒ ❒

Sonstige, hier nicht aufgeführte
Erkrankungen

(z.B. des Immunsystems, Hauterkran-
kungen, Tumore, Vergiftungen)? ❒ ❒
Wenn ja, bitte nähere Angaben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bin in den letzten 10 Jahren
geimpft worden gegen:
(Bitte Impfnachweis mitbringen!)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(z.B. Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, welche die Belastbarkeit einschränken)

Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

Ort/Datum Unterschrift

Datum Arztunterschrift

Hinweis für die untersuchende Ärztin / den untersuchenden Arzt:

Bitte bewerten Sie anschließend Anamnese und Befund in Hinblick auf die Rotkreuztätigkeiten. Bitte benutzen Sie dazu Blatt4, „Ergebnis der ärztlichen Untersuchung“. In der rechten Spalte haben wir die Rotkreuztätigkeiten in Oberbegriffen für Sie zusammengefasst.