

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie Kontaktlinsen oder eine Brille? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Befanden Sie sich in der letzten Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn Ja, weswegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente (auch Salben, Sprays, Pflaster, Kopfschmerz-Tabletten,...) ein? Wenn ja, welche und wie viel pro Tag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Wurden Sie schon einmal operiert oder hatten Sie sonstige besondere Erkrankungen, z.B. einen Unfall, schwere Verletzungen? Wenn ja, welche und wann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

Medizinische Vorgeschichte**Anamnese und ärztliche Untersuchung**

(Zutreffendes bitte ankreuzen ☒.)

| Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen: | Nein | Ja | <u>auffälliger Befund</u> | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| | | | o.B. | ↓ | |
| Augenerkrankung (z.B. grüner Star?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sehfähigkeit grob orientierend (z.B. starke oder stärkere Sehbeeinträchtigung, Sehleistung ohne Glas unter 0,3) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohrenerkrankung? Gleichgewichtsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Farbsehen grob orientierend (z.B. Farbsehen gestört) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nervenleiden (z.B. Lähmungen, Epilepsie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hörvermögen grob orientierend (z.B. Hörvermögen von weniger als 5m Umgebungssprache auf jedem Ohr) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gemütsleiden (z.B. Depressionen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grob orientierende neurologische Untersuchung (z.B. jede Art von Anfallsleiden, Z.n. Apoplex) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Kropf? Über- oder Unterfunktion)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orientierender Eindruck (z.B. erhebliche Nerven- oder Gemütsleiden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Untersuchung Hals (z.B. symptomatische Funktionsstörungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankung (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Auskultation Perkussion Thoraxform Thoraxbeweglichkeit (z.B. Erkrankungen des Thorax oder der Atmungsorgane, die die Lungenfunktion beeinträchtigen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z.B. Durchblutungsstörungen, hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombose, Embolie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankungen (z.B. Leberentzündung, Gelbsucht, Hepatitis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Untersuchung des Abdomens (z.B. Hernien, veränderte Lebergröße, -oberfläche als Hinweis auf eine Lebererkrankung, Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Verdauungstraktes (z.B. Magenerkrankungen, Darmerkrankungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Nieren- und Harnwegserkrankungen (z.B. Nierenentzündungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Erkrankungen des Skelettsystems (z.B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skelett insbesondere Wirbelsäule Gliedmaßen Gelenke (z.B. Erkrankungen des Bewegungs- oder Stützapparates oder Thorax mit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen: | Nein | Ja | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Muskelerkrankungen, -schwäche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>(z.B. Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, welche die Belastbarkeit einschränken)</i> |
| Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung (z.B. Neigung zu Nasenbluten, blauen Flecken ohne besonderen Anlass)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Allergien / Überempfindlichkeits-Reaktionen (z.B. Heuschnupfen, Allergie gegen Lebensmittel, Tierhaare, Medikamente, Latex)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Suchterkrankung (z.B. Alkohol- oder andere Drogensucht, regelmäßiger Drogengebrauch)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ansteckende Erkrankungen (z.B. Tuberkulose, HIV/AIDS, Gelbsucht, Hepatitis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen (z.B. des Immunsystems, Hauterkrankungen, Tumore, Vergiftungen)? Wenn ja, bitte nähere Angaben: _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ich bin in den letzten 10 Jahren geimpft worden gegen: (Bitte Impfnachweis mitbringen!) _____ _____ | | | |
| 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.