

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 ☐.)

Tragen Sie ein Hörgerät? Nein Ja ☐ ☐ 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:			<u>auffälliger Befund</u>	
			o.B.	↓
Augenerkrankung (z.B. grüner Star?)	☐	☐	Sehfähigkeit grob orientierend (z.B. starke oder stärkere Sehbeeinträchtigung, Sehleistung ohne Glas unter 0,3)	☐
			Farbsehen grob orientierend (z.B. Farbsehen gestört)	☐
Ohrenerkrankung? Gleichgewichtsstörungen?	☐	☐	Hörvermögen grob orientierend (z.B. Hörvermögen von weniger als 5m Umge- bungssprache auf jedem Ohr)	☐
Nervenleiden (z.B. Lähmungen, Epilepsie)?	☐	☐	Grob orientierende neurologische Untersuchung (z.B. jede Art von Anfallsleiden, Z.n. Apoplex)	☐
Gemütsleiden (z.B. Depressionen)?	☐	☐	Orientierender Eindruck (z.B. erhebliche Nerven- oder Gemütsleiden)	☐
Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Kropf? Über- oder Unterfunktion)?	☐	☐	Untersuchung Hals (z.B. symptomatische Funktionsstörungen)	☐
Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung)?	☐	☐	Auskultation Perkussion Thoraxform Thoraxbeweglichkeit (z.B. Erkrankungen des Thorax oder der Atmungs- organe, die die Lungenfunktion beeinträchtigen)	☐
Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörungen)?	☐	☐	Auskultation Pulsfrequenz RR bds. Kreislaufsystem orientierend (z.B. Einschränkungen der Belastbarkeit oder Re- gulation durch Erkrankungen oder Veränderungen des Herzens oder des Kreislaufsystems, starke oder stärkere Blutdruckveränderungen)	☐
Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z.B. Durchblutungsstörungen, hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombose, Embolie)?	☐	☐		
Lebererkrankungen (z.B. Leberentzündung, Gelbsucht, Hepatitis)?	☐	☐	Untersuchung des Abdomens (z.B. Hernien, veränderte Lebergröße, -oberfläche als Hinweis auf eine Lebererkrankung, Hepatitis)	☐
Erkrankungen des Verdauungstraktes (z.B. Magenenerkrankungen, Darmerkrankungen)?	☐	☐		
Nieren- und Harnwegserkrankungen (z.B. Nierenentzündungen)?	☐	☐		
Erkrankungen des Skelettsystems (z.B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen)?	☐	☐	Skelett insbesondere Wirbelsäule Gliedermaßen Gelenke (z.B. Erkrankungen des Bewegungs- oder Stützap- parates oder Thorax mit Funktionseinschränkun- gen)	☐

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen:		Nein	Ja	
Muskelerkrankungen, -schwäche?	☐	☐		(z.B. Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, welche die Belastbarkeit einschränken)
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, Hauterkrankungen, Tumore, Vergiftungen)? Wenn ja, bitte nähere Angaben:	☐	☐		
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.