



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben von der Pensionsversicherungsanstalt ein Heilverfahren für aktive Gesundheitsvorsorge (GVA) bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bewilligt bekommen.

Um uns optimal auf Ihr Kommen vorbereiten zu können, ist es erforderlich, dass Sie die nachstehenden Fragen beantworten und den Fragebogen mittels vorfrankiertem Antwortkuvert an uns zurückschicken.

Ihre Antworten sind nur dem medizinischen Personal der Gesundheitseinrichtung zugänglich.

Was erwarten Sie von dem Heilverfahren für aktive Gesundheitsvorsorge (GVA)? Worin liegt Ihre persönliche Zielsetzung?

Haben Sie grundsätzlich Interesse, sich im Rahmen der GVA verstärkt mit dem Thema „Psychische Gesundheit“ auseinanderzusetzen?

- Ja
- Nein

Welche der folgenden Beschreibungen trifft am ehesten auf Sie zu? Was erwarten Sie von der GVA?

- Ich bewege mich gerne und betreibe regelmäßig Sport. Von der GVA erwarte ich mir Anregungen zur Verbesserung.
- Ich bewege mich nicht so gerne. Sport betreibe ich selten, unregelmäßig oder gar nicht. Von der GVA erwarte ich mir Unterstützung dabei, Freude an Bewegung zu finden.
- Ich fühle mich in Beruf und/oder Privatleben psychisch belastet. Ich bin müde, abgeschlagen und kann mich zu zusätzlichen Betätigungen außerhalb des Alltags nicht aufraffen. Von der GVA erwarte ich mir Unterstützung dabei, wie ich damit in Zukunft besser umgehen kann.

Wir bitten Sie zur Kenntnis zu nehmen, dass die endgültige Therapiezuweisung erst nach der Anfangsuntersuchung durch Ihre betreuende Ärztin in der GVA-Einrichtung erfolgen wird. Bei der Therapiezuweisung werden die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung sowie Ihre Angaben auf diesem Fragebogen berücksichtigt.

Ihre Stammdaten:

Familien- und Vorname, Titel:

Versicherungsnummer:

Sind Sie berufstätig?

- ja seit: _____
- erlernter Beruf: _____
- dzt. ausgeübter Beruf: _____
- im Krankenstand seit: _____
- arbeitslos seit: _____
- Reha-Geld Bezug seit: _____

Beziehen Sie eine Pension?

- ja seit: _____
- zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Ihre Größe? _____ cm

Ihr Gewicht? _____ kg

Welche schweren Krankheiten gibt oder gab es in Ihrer Familie?

Welche schweren Erkrankungen hatten Sie früher oder haben Sie noch immer?

(wann?/seit wann bekannt? - bitte mit Jahresangabe)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gelenkentzündung | <input type="checkbox"/> Nierenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Nierensteine |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie/Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Bluter-Krankheit (Hämophilie) | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose/Osteopenie | | |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen (z.B. PAVK, Morbus Raynaud, Thrombose, Lungenembolie) | | |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Harnwegsinfekte / Blasenentzündungen / Scheidenpilzinfektionen | | |
| <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn) | | |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme, Fußpilz, Melanom, Basaliom) | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |

Welche Operationen und Unfälle hatten Sie früher?

(bitte mit Jahresangabe)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzklappe | <input type="checkbox"/> schwere Verletzung | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Herz: Stent/Bypass | <input type="checkbox"/> Hüftgelenk <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Magen |
| <input type="checkbox"/> Halsschlagader <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Mandeln | <input type="checkbox"/> Darm |
| <input type="checkbox"/> Beinarterien <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Blinddarm |
| <input type="checkbox"/> Meniskus <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Leistenbruch <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Gynäkologisch |
| <input type="checkbox"/> Kniegelenk <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Prostata |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> künstlicher Ausgang (Darm, Harnblase) | |
| <input type="checkbox"/> Knochenbruch <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Region _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

Haben Sie Metallimplantate im Körper?

(z.B. künstliche Gelenke, Platten, Nägel, Schrauben, Stents, Kupferspirale)

- JA, seit _____ NEIN Weiß nicht

Haben Sie elektronische Geräte im Körper?

(z.B. Insulinpumpe, Schrittmacher, Defibrillator, Loop-Recorder)

- JA, seit _____ NEIN Weiß nicht

Sind Sie zuckerkrank?

- JA, seit _____ NEIN Weiß nicht

Leiden Sie an Bluthochdruck?

- JA, seit _____ NEIN Weiß nicht

Haben Sie hohe Blutfette bzw. ein hohes Cholesterin?

- JA, seit _____ NEIN Weiß nicht

Haben Sie eine hohe Harnsäure (Gicht)?

- JA, seit _____ NEIN Weiß nicht

Müssen Sie eine Diät einhalten?

(z.B. wegen, Laktose-, Histamin-, Fruktose-, Gluten-, Sorbit-Unverträglichkeit, Zuckerkrankheit, erhöhtem Cholesterin, erhöhter Harnsäure, etc.)

- JA, seit _____ NEIN Weiß nicht

Rauchen Sie?

- JA, seit: _____ seit wann? _____
wie viel täglich? _____
Anzahl der Entwöhnungsversuche? _____
Unterstützung durch? _____
- NEIN – seit wann nicht mehr? _____

Tägliche Trinkmenge? (durchschnittlich) _____ Liter

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- nie 1 x/Monat 1 – 2x/Woche
 3 – 6x/Woche mehrmals im Monat täglich
 JA – was und wie viel? _____

Kur- und Rehabilitationsaufenthalte der letzten 10 Jahre (Jahr, Einrichtung)?

Zuletzt durchgeführte Behandlungen (z. B. Medikamentös, Physiotherapie, Strombehandlungen, Massagen, etc.)?

Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie aus?

- Wie oft (gesamt/Woche)? _____
- Wie lange (gesamt/Woche)? _____ Stunden

Welche Hobbies haben Sie?

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz (X) in ein Kästchen jeder Gruppe machen:

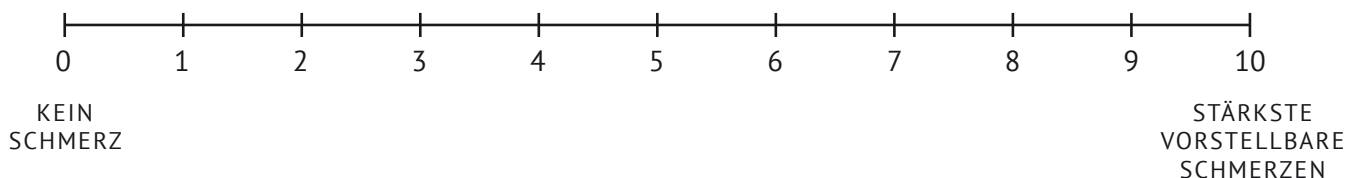
Beweglichkeit/Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe einige Probleme herumzugehen

Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe Schmerzen oder Beschwerden

Bitte geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer **Schmerzen** an.
Kreuzen Sie auf der unten angeführten Linie an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).



Angst/Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten zu Hause oder im Beruf (bei normaler beruflicher Belastung)?

SCHWIERIGKEITEN	JA	NEIN
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

Wie war Ihr Befinden / wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen gefühlt?

BEFINDEN	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a. voller Schwung	1	2	3	4	5	6
b. voller Energie	1	2	3	4	5	6
c. glücklich	1	2	3	4	5	6
d. ruhig und gelassen	1	2	3	4	5	6
e. müde	1	2	3	4	5	6
f. erschöpft	1	2	3	4	5	6
g. entmutigt und traurig	1	2	3	4	5	6
h. sehr nervös	1	2	3	4	5	6
i. so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte	1	2	3	4	5	6

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten von Medikamenten, Nahrungsmitteln, Sonstigem?

- JA, welche? _____
- _____
- NEIN

Welche Medikamente nehmen Sie DERZEIT ein?

1. Bitte füllen Sie unbedingt noch zu Hause diese Medikamentenliste aus!
2. Tragen Sie in jeder Zeile in Blockbuchstaben den genauen Namen des Medikaments und seine Stärke ein (z.B. ASPIRIN, 100 mg) und führen Sie an, wann Sie wie viele Tabletten am Tag einnehmen (Dosierung z. B. 1-0-1/2).
3. Falls Sie Insulin spritzen, geben Sie dieses ebenfalls hier an, ebenso Blut verdünnende Medikamente, Hormone und homöopathische Mittel!
4. Bei Unklarheiten besprechen Sie sich bitte mit Ihrem Hausarzt.

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?

(z.B. Thrombo-ASS, Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Pradaxa, Lixiana)

- JA, seit _____ NEIN Weiß nicht

WICHTIG: Bringen Sie all Ihre Medikamente in der **Originalverpackung** und in **ausreichender Menge mindestens für die gesamte Dauer Ihres Aufenthaltes** mit!

Name des Medikamentes	früh	mittags	abends	spät

Ihre Muttersprache: _____

Ihre Deutschkenntnisse: gut mäßig schlecht

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

JA NEIN Potentiell möglich

Datum: _____ Unterschrift der Patientin: _____

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe, Sie helfen uns bei der optimalen Vorbereitung auf Ihren Aufenthalt!

Bitte bringen Sie Röntgen- oder Laborbefunde, Arztbriefe, Blutdruckmessgerät oder Blutzuckermessgerät – nur sofern bereits vorhanden! – zur ärztlichen Anfangsuntersuchung mit.