

Name:	Vorname:	*:	Pat.-Nr.:	Anreise:
-------	----------	----	-----------	----------

Vegetative Anamnese und Risikofaktoren

Ist eine Allergie bekannt? Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Allergisch auf: _____ <input type="checkbox"/> Allergisch auf folgende Medikamente: _____ <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergien oder Unverträglichkeiten , für die eine gesondert zubereitete Kost der Klinikküche erforderlich sind oder <u>spezielle Lebensmittel</u> eingesetzt werden müssten. _____
Wie ist Ihr Appetit?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> verringert <input type="checkbox"/> vermehrt
Wieviel trinken Sie am Tag?	<input type="checkbox"/> normal 1,5 – 2 l /Tag <input type="checkbox"/> verringert ____ l / Tag <input type="checkbox"/> vermehrt ____ l / Tag
Wie ist Ihr Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall
Bestehen Beschwerden beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Nykturie wie oft: _____ <input type="checkbox"/> beim Lachen oder Husten <input type="checkbox"/> Inkontinenz
Bestehen Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> E-Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> Pfeifen / _____ pro Tag <input type="checkbox"/> Exraucher seit: _____ vorher wieviel? <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> Pfeifen / _____ pro Tag
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> wieviel? _____ pro Tag <input type="checkbox"/> wann aufgehört? _____ vorher wieviel? _____ pro Tag
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> früher Drogen genommen?

Name:	Vorname:	*:	Pat.-Nr.:	Anreise:
-------	----------	----	-----------	----------

Sozialanamnese

Wie ist Ihr Familienstand?	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> mit Lebenspartner*in <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ Jahren <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ Jahren		
Leben Sie mit Angehörigen zusammen?	<input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> zusammen mit Ehepartner*in <input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> zusammen mit Angehörigen		
Wo wohnen Sie?	<input type="checkbox"/> in einem Wohnhaus <input type="checkbox"/> in einer Wohnung <input type="checkbox"/> es sind _____ Stufen zu bewältigen (einschließlich Außenbereich) <input type="checkbox"/> im Erdgeschoss <input type="checkbox"/> in der _____ Etage ohne / mit Fahrstuhlanbindung		
Kinder?	<input type="checkbox"/> Keine Kinder <input type="checkbox"/> 1 Kind im Alter von _____ Jahren <input type="checkbox"/> _____ Kinder im Alter von _____ Jahren <input type="checkbox"/> Kind(er) nah lebend <input type="checkbox"/> Kind(er) fern lebend Besteht Kontakt zu(m) Kind(ern) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/>	Gehhilfen:	<input type="checkbox"/> Einpunkt-Gehstock <input type="checkbox"/> Vierpunkt-Gehstock <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl
Haben Sie ein Grad der Behinderung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Wenn ja, welchen:	<input type="checkbox"/> GdB 30 <input type="checkbox"/> GdB 40 <input type="checkbox"/> GdB 50 <input type="checkbox"/> GdB 60 <input type="checkbox"/> GdB 70 <input type="checkbox"/> GdB 80 <input type="checkbox"/> GdB 90 <input type="checkbox"/> GdB 100	Welches Merkzeichen liegt vor?	<input type="checkbox"/> + G <input type="checkbox"/> + G, B <input type="checkbox"/> + G, B, H <input type="checkbox"/> + G, aG, B <input type="checkbox"/> + G, aB, B, H, RF <input type="checkbox"/> alle Merkzeichen ohne BI <input type="checkbox"/> alle Merkzeichen einschließlich BI
Haben Sie einen Antrag auf Schwerbehinderung oder einen Änderungsantrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zurzeit laufender Antrag <input type="checkbox"/> zurzeit laufender Änderungsantrag mit dem Ziel der Höhereinstufung <input type="checkbox"/> zurzeit laufender Änderungsantrag mit Begehr des Merkzeichens aG <input type="checkbox"/> zurzeit laufendes Widerspruchsverfahren mit dem Ziel der Höhereinstufung <input type="checkbox"/> zurzeit laufendes Widerspruchsverfahren mit Begehr des Merkzeichens aG <input type="checkbox"/> zurzeit laufendes Sozialgerichtsverfahren mit dem Ziel der Höhereinstufung und mit Begehr zusätzlicher Merkzeichen		
Haben Sie einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Pflegegrad: _____		
Haben Sie einen Pflegegrad beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zurzeit laufender Antrag <input type="checkbox"/> Widerspruch mit dem Ziel der Höhereinstufung <input type="checkbox"/> Sozialgerichtliche Auseinandersetzung mit dem Ziel der Höhereinstufung		
Berufsstatus:	<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Berufstätig als: _____ Falls berufstätig: <input type="checkbox"/> zurzeit arbeitsfähig <input type="checkbox"/> zurzeit arbeitsunfähig seit _____		
Letzter Beruf v o r dem Ruhestand	<input type="checkbox"/> _____		

