

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.)

Familiename	Vorname	Anschrift
Geburtsname	Geburtsdatum	Telefon

Medizinische Vorgeschichte

Anamnese und ärztliche Untersuchung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Nein	Ja	
Befanden Sie sich in letzter 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"/>	

Größe (in m): _____ Gewicht (in kg): _____			

Medizinische Vorgeschichte

Anamnese und ärztliche Untersuchung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:	Nein	Ja		o.B.	auffälliger Befund
Augenerkrankung (z.B. Kontaktlinsen, Brille, grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehfähigkeit grob orientiert (z.B. starke oder stärkere Sehbeeinträchtigung, Sehleistung ohne Korrektur unter 0,3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenerkrankung (z.B. Hörgerät)? Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farbsehen grob orientiert (z.B. Farbsehen gestört)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörvermögen grob orientiert (z.B. Hörvermögen von weniger als 5m Umgebungssprache auf jedem Ohr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Nerven/des Nervensystems (z.B. Lähmungen, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grob orientierende neurologische Untersuchung (z.B. jede Art von Epilepsie, Z.n. Apoplex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Psyche (z.B. Depressionen, Höhenangst)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientierender Eindruck (z.B. erhebliche Erkrankungen der Psyche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Kropf? Über- oder Unterfunktion?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Untersuchung Hals (z.B. symptomatische Funktionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auskultation Perkussion Sauerstoffsättigung SpO2 Thoraxform Thoraxbeweglichkeit (z.B. Erkrankungen des Thorax oder der Atmungsorgane, die die Lungenfunktion beeinträchtigen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzkrankung (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auskultation Pulsfrequenz Sauerstoffsättigung SpO2 RR bds. Kreislaufsystem orientierend (z.B. Einschränkungen der Belastbarkeit oder Regulation durch Erkrankungen oder Veränderungen des Herzens oder des Kreislaufsystems, starke oder stärkere Blutdrucksveränderungen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z.B. Durchblutungsstörungen, hoher oder niedriger Blutdruck, Thrombose, Embolie)	<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"/>
Lebererkrankungen (z.B. Leberentzündung, Gelbsucht, 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"/>			

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:	Nein	Ja	
Muskelerkrankungen, -schwäche (z.B. Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, welche die Belastbarkeit einschränken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skelett <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	insbesondere Wirbelsäule <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"/>	Gliedmaßen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. Heuschnupfen, Allergie gegen Lebensmittel, Tierhaare, Medikamente, Latex)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenke <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suchterkrankung/Abhängigkeiten (z.B. Alkohol- oder andere Drogensucht, Medikamentenmissbrauch, regelmäßiger Drogengebrauch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(z.B. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates oder Thorax mit Funktionseinschränkungen)</i>
Ansteckende Erkrankungen/Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (z.B. Tuberkulose, HIV/AIDS, Gelbsucht, Hepatitis)?			
Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen (z.B. des Immunsystems, Hauterkrankungen, Tumore, Vergiftungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, bitte nähere Angaben: _____ _____			
Ich bin in den letzten 10 Jahren geimpft worden gegen: (Bitte Impfnachweis mitbringen):			
Tetanus <input type="checkbox"/>			
Hepatitis A <input type="checkbox"/>			
Hepatitis B <input type="checkbox"/>			
Masern <input type="checkbox"/>			
Andere <input type="checkbox"/>			
Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben			
Ort/Datum	Unterschrift	Ort/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 Blatt 4 *Ergebnis der ärztlichen Untersuchung*. In der rechten Spalte haben wir die Rotkreuztätigkeiten in Oberbegriffen für Sie zusammengefasst.