

Anamnesebogen für Bewohner von Pflegeheimen und betreuten Wohneinrichtungen

Name: _____

Krankenversicherung: _____

Name der Einrichtung: _____

Station/Wohnbereich: _____

Telefon (Durchwahl): _____

Gesetzl. Betreuer/Angehöriger: _____

Telefon: _____

ggf. Rechnungsanschrift: _____

Hat der Patient ...

- eine Herzerkrankung? ja nein
- erhöhten Blutdruck? ja nein
- niedrigen Blutdruck? ja nein
- eine Blutgerinnungsstörung? ja nein
- Blutverdünnung durch Medikamente? ja nein
- Diabetes? ja nein
- eine Infektionskrankheit? (Hepatitis, MRSA, HIV, ...)
- grünen Star (Glaukom)? ja nein
- Epilepsie? ja nein
- ein künstliches Gelenk ? (Hüfte, Knie, ...)
- ein transplantiertes Organ oder ein künstliche Herzklappe ja nein
- eine Krebserkrankung, die noch nachbehandelt wird? ja nein
- Allergien auf Medikamente, Metalle, ... ja nein

welche? _____

sonstige Erkrankungen? ja nein

welche? _____

Nimmt er Medikamente? ja nein

welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wer ist der Hausarzt? _____

Gibt es einen gesetzlichen Betreuer? ja nein

Diese Angaben wurden gemacht

am _____ von _____
Datum Name

Unterschrift