


Anamnesebogen

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Stempel der Einrichtung		 Universitätsklinikum Jena Aufnahmedatum <table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Abgangsdatum <table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Abgangsart 1 = entlassen nach Hause 2 = entlassen ins Heim 3 = verlegt innerhalb d. eigenen Einricht. 4 = verlegt in eine andere stat. Einricht. 5 = verst. nicht obduz. 6 = verst. und obduz. 9 = sonstiges	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr															
Tag	Monat	Jahr															
Name, Vorname des Versicherten			geb. am														
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Uhrzeit	Station													
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum <table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			Tag	Monat	Jahr										
Tag	Monat	Jahr															
Einweisung durch			Letzte Aufn. in eign. Einr.														

LEITSYMPTOME	AKTUELLE MEDIKATION 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
ENTSTEHUNG DER BESCHWERDEN	
JETZIGE BESCHWERDEN	
Vorerkrankungen <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tumoren <input type="checkbox"/> Myokardinfarkt <input type="checkbox"/> Operationen wann?.....	Risikofaktoren <input type="checkbox"/> Raucher seit Zig./Tag PY..... Äthanol seit..... Drogen.....
	Berufsanamnese
	Familienanamnese <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie <input type="checkbox"/> Allergie
	Unverträglichkeiten/Allergien

ALLGEMEINE ANAMNESE

n.u. = Nicht untersucht

Konstitution / Vegetativum	Größe cm	Aktuelles Gewicht kg	Gewichtsabnahme? kg in Mo.	Miktionsstörung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		n.u.	
Allgemeine Angaben	Nausea seit Emesis seit	Nykturie/Nacht	Unterschenkel-Ödeme einseitig zweiseitig seit	Fieber <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bis °C seit	Stuhlgang Obstipation Diarrhoe Konsistenz	Heiserkeit	n.u.
Allgemeine Angaben	Körperliche Belastbarkeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit	Husten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit	Auswurf <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit	Dyspnoe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit	Thoraxschmerzen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> atemabhängig		n.u.