

# Anamnesebogen

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Stempel der Einrichtung		 <b>Universitätsklinikum Jena</b>  <b>Aufnahmedatum</b> <table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <b>Abgangsdatum</b> <table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <b>Abgangsart</b> 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.														

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

## 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.