

Ergotherapeutischer Anamnesebogen Erwachsene

Allgemeine Informationen

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
E-Mail: _____
Geburtstag: _____
Telefon/Handy: _____
Verordnender Arzt: _____

Diagnose

Betroffene Seite

	<u>links:</u>	<u>rechts:</u>
<input type="checkbox"/> Finger / Daumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ellenbogengelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<u>links:</u>	<u>rechts:</u>
<input type="checkbox"/> Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schultergelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Waren Sie im Krankenhaus?

Ja

Nein

Welches? _____

Wie lange? _____

Medikamente

Allergien

Operationen

Unfälle

Haben Sie Implantate

Ja Nein

Wo?

Körperliche Beschwerden

Leiden Sie unter?:

ja nein

Atemwegserkrankungen

Sehstörungen

	ja	nein
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilitätsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma / Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stürze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher (seit wann: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewegungsablauf

Haben Sie Schmerzen / Einschränkungen bei Bewegung?

Ja

Nein

Wo?

Eingeschränkte Grifffunktionen / Bewegung des Armes?

Ja

Nein

Wobei?

Wie stark sind Ihre Beschwerden?

schwache 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. starke
Beschwerden Beschwerden

Was tun Sie selbst, um Ihre Beschwerden zu lindern?

Wann treten diese Beschwerden auf? (z.B. Tätigkeiten, Bewegung, welche Art von Belastung...)

Berufliches, soziales und häusliches Umfeld

Beruf:

Wiederaufnahme im Beruf geplant?

Ja

Nein

In Ihrem Beruf müssen Sie überwiegend?:

sitzen

tippen / schreiben

heben / tragen

Handwerken

stehen / gehen

Rentner/in:

Ja

Nein

In welchen Bereichen sind Sie am meisten eingeschränkt?

Alltag

Körperhygiene

Nahrungszubereitung-/
aufnahme

Umfeld Anamnese

Wohnung Haus

Wie viele Treppenstufen müssen Sie bewältigen? _____

Kommt zu Ihnen ein Pflegedienst?

Ja Nein

Welche Tätigkeiten führt der Pflegedienst durch?

Erhalten Sie sonstige Hilfe im Haushalt?

Ja Nein

Welche? _____

Haben Sie bei den folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens Schwierigkeiten oder Probleme?

	ja	nein
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anziehen / ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Kochen / Essen zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gartenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handy bedienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen vom Stuhl/ Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Informationen

Ziele

1. _____

2. _____