

Anamnese- und Untersuchungsbogen

Die Abschnitte „Personaldaten“ und „Medizinische Vorgeschichte“ werden zur Vorbereitung der ärztlichen Untersuchung von der/dem Rotkreuz-Helfenden ausgefüllt und zur Untersuchung mitgebracht.

Personaldaten (bitte leserlich ausfüllen)

Nachname (ggf. Geburtsname)		Straße & Hausnr.	
Vorname		PLZ & Ort	
Geburtsdatum		Telefon/Mobil	

Medizinische Vorgeschichte	Anamnese und ärztliche Untersuchung
(zutreffendes bitte ankreuzen)	<i>Platz für Notizen/Anmerkungen/Hinweise des/der untersuchenden Arztes/Ärztin</i>
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> nein ja </div>	
Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wenn ja, weswegen? 	
Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente (auch Schmerztabletten, Wirkstoff-Pflaster, -Salben, -Sprays, etc.) ein? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Regelmäßigkeit und Menge angeben: 	
Wurden Sie schon einmal operiert oder gab es bei Ihnen sonstige besondere Vorkommnisse, z. B. einen Unfall, schwere Verletzungen, etc.? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wenn ja, Art und Zeitpunkt (Monat/Jahr) angeben: 	
Größe: _____ m Gewicht: _____ kg	

Medizinische Vorgeschichte			Anamnese und ärztliche Untersuchung		
Haben/Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:	nein	ja		o. B.	auffälliger Befund
Muskelerkrankungen, -schwäche <i>(z. B. Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, welche die Belastbarkeit einschränken)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skelett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			insbesondere Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Gliedmaßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung <i>(z. B. Zuckerkrankheit, Diabetes)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<i>(z. B. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates oder Thorax mit Funktionseinschränkungen)</i>		
Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung <i>(z. B. Neigung zu Nasenbluten, blaue Flecken ohne besonderen Anlass)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen <i>(z. B. Heuschnupfen, Allergie gegen Lebensmittel, Tierhaare, Medikamente, Latex)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Suchterkrankung/Abhängigkeiten <i>(z. B. Alkohol- oder andere Drogensucht, Medikamentenmissbrauch, regelmäßiger Drogengebrauch)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ansteckende Erkrankungen/Infektionskrankheiten <i>(z. B. Tuberkulose, HIV/AIDS, Gelbsucht, Hepatitis)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen <i>(z. B. des Immunsystems, Hauterkrankungen, Tumore, Vergiftungen)</i> Wenn ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ich bin in den letzten 10 Jahren geimpft worden gegen: (Bitte Impfnachweis mitbringen)					
<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B					
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Andere					

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift

Datum, Ort

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.