

## **Anamnesebogen zur gesundheitlichen Vorgeschichte zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Rehabilitation**

Der Fragebogen soll das Untersuchungsgespräch vorbereiten helfen. Er verbleibt in den Unterlagen beim Gesundheits- und Veterinäramt der Landeshauptstadt Magdeburg.  
Sie werden darauf hingewiesen, dass eine richtige medizinische Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes nur dann möglich ist, wenn Ihre Angaben vollständig dargelegt sind.  
Sollten sich Fragen bei der Beantwortung ergeben, können diese im Untersuchungsgespräch geklärt werden.

Ihr Name	Vorname	Geburtsdatum
Postleitzahl/Wohnort	Straße/Hausnummer	Telefon/Mobil

### Eigene Krankheitsvorgeschichte:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an Erkrankungen der folgenden Organe:

#### Art und Zeitpunkt der Erkrankung

- |                              |   |       |
|------------------------------|---|-------|
| ➤ Herz                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |
| ➤ Lunge                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |
| ➤ Leber/Galle                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |
| ➤ Nieren                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |
| ➤ Magen/Darm                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |
| ➤ Diabetes                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |
| ➤ Gefäße                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |
| ➤ Schilddrüse                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |
| ➤ Wirbelsäule                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |
| ➤ Gelenke                    | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |
| ➤ Infektionserkrankungen     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |
| ➤ Neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <hr/> |

Art und Zeitpunkt der Erkrankung

- Psychiatrische Erkrankungen     nein  ja    \_\_\_\_\_
- Augen     nein  ja    \_\_\_\_\_
- Ohren     nein  ja    \_\_\_\_\_
- Tumorerkrankungen     nein  ja    \_\_\_\_\_
- Allergien     nein  ja    \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen     nein  ja    \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits operiert/hatten Sie Unfälle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann:
		Was:
Waren/sind Sie in regelmäßiger ärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Weshalb:
		Arzt/Ärztin:
Wurden Sie stationär im Krankenhaus/Rehaeinrichtung behandelt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Weshalb:
		Wann:
		Wo:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche:
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wieviel:
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wieviel:
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche:
		Wieviel:
Sind Sie schwerbehindert/gleichgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	GdB:
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Was:
		Wie oft:

Landeshauptstadt Magdeburg  
Die Oberbürgermeisterin  
Gesundheits- und Veterinäramt  
39090 Magdeburg

Haben Sie aktuell Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche:
--------------------------------	---	---------

1. Wie lange waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate arbeitsunfähig?

---

2. Welche ambulanten Maßnahmen wurden bereits durchgeführt?

---

3. Haben Sie bereits eine Rehamassnahme absolviert? Wenn ja: Wann und wo?

---

Sozialanamnese:

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Berufliche Laufbahn:

---

---

---

---

Ich versichere, dass ich die Angaben zur Krankheitsvorgeschichte nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass eine bewusste Verheimlichung überstandener und noch immer bestehender Krankheiten rechtliche Folgen haben kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift