

Anamnese- & Biographiefragebogen (bezogen auf vorstationären Zustand)

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Größe (in cm): _____ Gewicht (in kg): _____

Telefonpasswort: _____

Familienstand: verheiratet geschieden ledig in fester Lebenspartnerschaft verwitwet

Name Ehe-/Lebenspartner: in bzw. betreuende(r) Angehörige(r):

Tel.: _____

Beruf/ ausführende Tätigkeit (ausfüllende Person):

Religion: _____

Allergien/ Unverträglichkeiten:

Geschwister: ja nein Kinder: ja Name& Alter: _____
nein Enkelkinder: ja Wie viele? _____ nein Haustier(e): ja nein Tier, Name, Alter: _____Patientenverfügung: ja nein liegt vor Vorsorgevollmacht: ja nein liegt vor Pflegegrad: ja _____ nein Sprechen/ Kommunikation: deutsch: ja nein Verständnis vorhanden

andere Sprachen/Muttersprache: _____

Benutzte Hilfsmittel vor Klinikaufenthalt:

Brille: ja nein bei Aufnahme vorhanden Hörgeräte: ja nein bei Aufnahme vorhanden Rollator/ Unterarmgehstützen: ja nein bei Aufnahme vorhanden Rollstuhl/ Toilettenstuhl: ja nein bei Aufnahme vorhanden

Nähe& Distanz:

Reagiert positiv auf Körperkontakt Kann abrupt ablehnend reagieren,Hält lieber Distanz wenn _____

Wohnsituation (auch vor betreuender Einrichtung):

Land Stadt Eigenheim Miete Haus Wohnung Garten Alleine mit Familie/ Lebenspartner: in ambulanter Pflegedienst

Sonstiges:

Informationen zur Person:

Gerne allein gesellig optimistisch pessimistisch/realistisch sachlich
zuverlässig sensibel zurückhaltend gesprächig diszipliniert ängstlich
unbeschwert wortgewandt vulgär belastbar phantasievoll ordentlich
chaotisch entspannt heiter ausgeglichen unzufrieden aktiv ruhig
kreativ penibel resolut konservativ beliebt aufbrausend
sonstiges: _____

wichtige prägende Lebensereignisse (z.B. Genesung schwerer Erkrankung, Auswanderung, schwere Verluste, Krieg, etc.):

Berufliche Tätigkeiten- Ausbildung/ Studium zu: _____
Arbeitsfelder, letzte ausgeübte Tätigkeiten: _____

Sonstiges im Berufsleben (z.B. Kündigungen, Umschulungen, Zufriedenheit): _____

Besonderes Engagement, Vereinsmitglied, Ehrenamt: _____

Ruhen & Schlafen

Frühaufsteher Langschläfer Ruhephasen: _____
Mittagsruhe: ja nein
Ein-/ Schlafrituale (z.B. Fernsehen, Bettsocken, Fenster auf/ zu, warm/ kalt, kleines Licht, ganz dunkel) :

Rückenlage Seite Bauchlage
Sonstige Bemerkungen (z.B. Schlafstörungen):

Essen& Trinken

Gewohnheiten, Besonderheiten	Abneigungen (Allergien)
(z.B. Vegetarisch, vegan, Tee lieber als Kaffee, Wasser mit/ ohne Kohlensäure, usw.)	(z.B. Laktoseintoleranz, Histaminallergie, kein Schweinefleisch, Citrusfrüchte, Nussallergie, usw.)

Zahnprothese: ja oben unten bei Aufnahme vorhanden
 nein trägt diese tagsüber nachts

Nahrungsaufnahme:

trinkt selbständig isst selbständig muss vorbereitet werden
 muss angereicht werden benötigt Anleitung Aspirationsgefahr
 Isst mit **rechter** oder **linker Hand**

geschätzte Trinkmenge: _____ ml/Tag

Genussmittelkonsum:

Alkohol: ja Wie oft? _____ nein
 Zigaretten: ja Wie viel? _____ nein
 Drogen: ja welche? _____ nein

Körperpflege: selbständig wäscht sich am Waschbecken selbst wäscht Oberkörper selbständig benötigt geringe Hilfestellung völlig auf Hilfe angewiesen

Risiken (z.B. Empfindlichkeit der Haut, abwehrendes Verhalten bei), **Besonderheiten und Vorlieben:**

Rasur: nass trocken

Frisur: kurz lang offen zusammen gebunden

Besteht die Patientin auf das Tragen eines **Büstenhalters**?

Ja nein

Freizeitbeschäftigungen:

Fernsehen Kino-/Theaterbesuche Kochen/Backen Handarbeit Werkeln

Basteln Natur Gartenarbeit Pflanzen Tiere Urlaub/ Reisen

Gesellschaftsspiele sportliche Interessen Musik hören

Sonstige Interessen (z.B. Technik, Geschichte, etc.)

liebster Fernseh-/Radiosender: _____

liebstes Musikgenre: _____

Weitere Anmerkungen zu Alltagsgewohnheiten, Besonderheiten, wichtige Infos zum Patienten:

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

Verhältnis zu dem/ der Patienten: in (z.B. Familiäre(r) Angehörige(r), Lebenspartner: in, Kinder, Betreuer: in, Nachbar: in, etc.)

Ausgefüllt am: _____

Vielen Dank für Ihre Zeit & Mühe!

Sie können uns den ausgefüllten Fragebogen direkt per Mail, Fax oder Post über folgende Kontaktdaten zukommen lassen:

Mailadresse:

ffr@bgk-hamburg.de

Faxadresse:

040 7306 - 3804

Postanschrift:

BG Klinikum Hamburg
Stationssekretariat 4a/5a
Bergedorfer Str. 10
21033 Hamburg