

## Anamnese Erwachsene

Datum: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

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

Begleitperson/gesetzl. Betreuer: \_\_\_\_\_

Adresse/Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Zuzahlung befreit: ☐ nein ☐ ja (Kopie in Akte)

Familienangehörige: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

### Krankengeschichte

Allgemeine Erkrankungen/Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erkrankung (neurol. Erkrankungen, Apoplex, Unfall): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Krankheitsverlauf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte/Rehabilitationsmaßnahmen:

Wo: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ Bericht: ☐ nein ☐ ja

Wo: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ Bericht: ☐ nein ☐ ja

Wo: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ Bericht: ☐ nein ☐ ja

Wo: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ Bericht: ☐ nein ☐ ja

Problembeschreibung/Symptome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sprechen/Verständlichkeit: ☐ nicht betroffen ☐ betroffen ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Telefonieren: ☐ nicht betroffen ☐ betroffen ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Sprachverständnis: ☐ nicht betroffen ☐ betroffen ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Lesen laut: ☐ nicht betroffen ☐ betroffen ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Lesen leise: ☐ nicht betroffen ☐ betroffen ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Schreiben: ☐ nicht betroffen ☐ betroffen ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Sehschwäche/Brille: ☐ nein ☐ ja Hörgeräte: ☐ nein ☐ ja ☐ links ☐ rechts

Nahrungsaufnahme: ☐ nicht eingeschränkt ☐ eingeschränkt

Was: \_\_\_\_\_

Verschlucken: ☐ nein ☐ ja ☐ selten ☐ manchmal ☐ häufig Dysphagie: ☐ nein ☐ ja

Gebiss: ☐ nein ☐ ja ☐ oben ☐ unten

Bisherige Therapien:

☐ Ergo Wo: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ Erfolg: ☐ nein ☐ ja

☐ Physio Wo: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ Erfolg: ☐ nein ☐ ja

☐ Logo Wo: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ Erfolg: ☐ nein ☐ ja

Interessen/Hobbys: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Therapieziele: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstiges/Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_