

Patientenfragebogen zur Rehabilitation

Name: geb. am:

Vorname: Alter: Geschlecht: M W D

Sehr geehrte(r) Rehabilitand(in),

um Sie während Ihrer Rehabilitation optimal betreuen zu können, nicht nur medizinisch, sondern bei Bedarf auch mit Maßnahmen zur Verbesserung Ihrer sozialen Integration, benötigen wir eine Vielzahl von Informationen zu Ihren Erkrankungen und zu Ihrem beruflichen und sozialen Umfeld. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen bereits vor Ihrer Anreise sorgfältig aus!

Name und Anschrift Ihres nächsten Angehörigen (soll im Bedarfsfall informiert werden)

(Verwandschafts-)Verhältnis:

Name, Vorname:

Straße:

Wohnort:

Telefon:

Haben Sie eine Patientenverfügung?

Ja Nein

Behandelnde Ärzte

Von welchem Arzt werden Sie zu Hause überwiegend betreut?

Name: Fachgebiet:

Straße: Wohnort:

Name: Fachgebiet:

Straße: Wohnort:

Name: Fachgebiet:

Straße: Wohnort:

Von wem ging die Initiative zu dieser Rehabilitation aus?

Hausarzt/Facharzt Krankenkasse Rentenversicherung
 Krankenhaus Privat/Sie selbst

Haben Sie bei der Beantragung Ihrer Reha die Strandklinik St. Peter-Ording bewusst als Wunschklinik ausgewählt und sich damit ausdrücklich für eine Reha bei uns entschieden?

Wenn **ja**: Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Deutsche Rentenversicherung Krankenkasse Sozialdienst
 (Haus-)Arzt Freunde oder Bekannte Internet
 sonstige

1. Anamnese

1.1 Jetzige Beschwerden

Wegen welcher Beschwerden wurde der Rehabilitationsantrag gestellt?

Wo haben Sie im Augenblick am meisten Beschwerden und welche Beschwerden stehen für Sie im Vordergrund?

Fühlen Sie sich dadurch im Alltag/Hobby/Sport etc. behindert?

- Nein, ich kann meinen Haushalt selbstständig führen, meinen Hobbies nachgehen, Sport treiben.
 Folgende Tätigkeiten kann ich krankheitsbedingt nicht bzw. nur schwer durchführen:

Fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden/Schmerzen in Ihrem Beruf bzw. bei der Arbeit behindert oder beeinträchtigt?

- Nein
 Ja, wobei?

Treten Ihre Beschwerden belastungsabhängig auf?

- Nein
 Ja, bei welcher Belastung?

Worin sehen Sie die Hauptursache für Ihre aktuellen Beschwerden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berufliche Faktoren | <input type="checkbox"/> Verschleiß |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Überanstrengung | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Seelische Probleme | <input type="checkbox"/> Andere Einflüsse, welche? _____ |

Ärztliche Notizen (im Aufnahmegespräch in der Reha)

1.5 Gebrauchen Sie derzeit eines der angeführten Hilfsmittel?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Rollator/Gehbock | <input type="checkbox"/> Peak Flow Meter |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät |
| <input type="checkbox"/> Einlagen | <input type="checkbox"/> Arm-/Beinprothese | <input type="checkbox"/> Beatmungsgerät |
| <input type="checkbox"/> Orthopädisches Schuhwerk | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrumpf | <input type="checkbox"/> Hörgerät/Noiser |
| <input type="checkbox"/> Strumpfanziehhilfe/Greifzange | <input type="checkbox"/> Andere: | |

1.6 Weitere reha-relevante Erkrankungen

Fragen zu Ihrer eigenen Krankengeschichte: Gab es in Ihrer **Kindheit** besondere Krankheiten, ggf. welche?

Welche **Operationen** (zum Beispiel Hüfte, Knie, Bandscheibe, auch Blinddarm, Krampfadern, Mandeln etc.) wurden bei Ihnen durchgeführt und in welchem Jahr?

		Jahr	Jahr
<input type="checkbox"/> Gelenke	<input type="checkbox"/> links / rechts <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Blinddarm _____
<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	Höhe: _____	_____	<input type="checkbox"/> Mandeln _____
<input type="checkbox"/> andere OP's am Bewegungsapparat	_____	_____	<input type="checkbox"/> Galle _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____	_____	<input type="checkbox"/> Lunge _____

Hatten oder haben Sie eine der folgenden **Krankheiten**?

Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	_____
Asthma	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	_____
Chron. Bronchitis/COPD	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	_____
Andere Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	_____
Hohes Cholesterin oder Blutfette	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	_____
Schilddrüsenstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	_____
Thrombose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Krampfadern	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Magengeschwür	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Krampfanfallsleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Bandscheibenleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Augenleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	_____ Seit: _____
Tropenkrankheit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____

Andere schwere Erkrankungen oder Unfälle mit Verletzungen:

Frühere Reha- (Kur-) Aufenthalte

Wann?	Wo?	Weshalb?	Ergebnis?

Wann war die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung und welche?

.....

Gynäkologische Anamnese

Wie viele Geburten hatten Sie?

Letzte Regelblutung

Letzte gynäkologische Untersuchung?

Nehmen Sie die Pille ein? Ja Nein

Allergieranamnese

Auf was reagieren Sie mit einer Allergie?

.....

.....

Ganzjährig? Ja Nein Welche Jahreszeit?

Wie zeigt sich diese Allergie?

Hautausschlag Juckreiz
 Atemnot Andere Symptome, welche?

1.7 Risikofaktoren/Risikoverhalten

Rauchen Sie?

Ja, wie viel (Zigaretten/Pfeife/Zigarren) am Tag? Wenn ja, seit wann?
 Nein

Wenn nein, haben Sie früher geraucht? Nein Ja, bis zum Jahr

Möchten Sie gerne mit dem Rauchen aufhören?

Ja Nein

Trinken Sie Alkohol?

Nein Ja Täglich Nur in Gesellschaft Lieber allein
 Gelegentlich

Welche Getränke? Wie viel? Flaschen/Gläser pro Tag/Woche?

Möchten Sie Ihren Alkoholkonsum verringern?

Ja Nein

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja, welchen? Nein

Wie häufig? Täglich 2-3x/Woche 1x/Woche Selten

1.8 Familienanamnese

Gibt es besondere Erkrankungen in der Familie?

1.9 Waren Sie oder sind Sie in nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?

- Nein Ja, seit wann? _____
- Ggf. stationär _____ Tagesklinik? _____

Spüren Sie zeitweise eine Sehnsucht nach dem Tod?

- Nein Ja

Haben Sie in letzter Zeit häufiger daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?

- Nein Ja

Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen?

- Nein Ja
Wenn ja, wann und womit? _____

Nehmen Sie Drogen?

- Nein Ja
Wenn ja, welche? _____

Von wann bis wann? _____

1.10 Vegetative Anamnese

Ist Ihr Appetit:

- Gut Mäßig
 Schlecht Zu gut

Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr stark verändert?

- Ja Nein

Falls ja, Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme?

- Zunahme Abnahme
 Gewollt Ungewollt
Wie viel Kilogramm? _____

Vertragen Sie Speisen nicht? Welche?

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Stuhlgang regelmäßig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Wasserlassen regelmäßig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Wie oft müssen Sie nachts zur Toilette? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> 1-2x | <input type="checkbox"/> Mehr als 2x |
| Probleme mit geschwellenen Füßen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Schwindel | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Schlafen Sie schlecht ein? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Schlafen Sie durch? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Wurde schnarchen beobachtet? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Sind Sie nach dem Nachtschlaf ausgeruht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Leiden Sie unter Husten? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Haben Sie Auswurf? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |

Leiden Sie in letzter Zeit verstärkt unter:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Antriebsschwäche | <input type="checkbox"/> Trübsinnigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ängsten | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |

Erwerbsminderungsrente

- Erwerbs-/Berufunfähigkeitsrente, seit _____ Befristet bis _____
- Antrag abgelehnt, am _____ Noch nicht Beantragt am _____
- Widerspruchsverfahren, läuft seit _____

Sozialgerichtsverfahren

- Sozialgerichtsverfahren, läuft seit _____

Sonstige Renten

- Vorruhestand, seit _____ Unfallrente, seit _____
- Kriegsofopfer-, Zivildienst-, Wehrdienstrente Hinterbliebenenrente, seit _____
- Altersruhegeld, seit _____

2.2 Ausbildungs- und Berufsanamnese**Schulabschluss**

- Kein Abschluss Sonderschule Grundschule Hauptschule
- Volksschule Mittlere Reife Abitur Hochschulstudium
- Fachhochschule
- Andere: _____

Weiterführende Ausbildung: _____

Erlerner Beruf: _____

Ausbildungszeit (von – bis): _____

Bzw. seit wann in Ausbildung? _____

Beruflicher Werdegang (von – bis): _____

Bislang durchgeführte Umschulungsmaßnahmen: _____

Jetzige Tätigkeit/Berufsbezeichnung: _____

Werden Sie arbeitsmedizinisch betreut?

- Nein
- Ja, seit _____
- Name _____
- Straße _____
- Ort _____

Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit

Durchschnittlich tägliche Arbeitszeit:

Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit:

Wie erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz?

Wie viel Zeit brauchen Sie von der Wohnung zum Arbeitsplatz?

Beschreiben Sie bitte kurz in Stichworten, wie Ihr Arbeitsalltag aussieht:

.....

.....

.....

Bestehen belastende Einflüsse?

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zwangshaltungen | <input type="checkbox"/> Haltearbeit | <input type="checkbox"/> Überkopfarbeit | <input type="checkbox"/> Hitze |
| <input type="checkbox"/> Gebückte Stellung | <input type="checkbox"/> Klettern | <input type="checkbox"/> Einseitige Armbelastung | <input type="checkbox"/> Steigen |
| <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Zugluft | <input type="checkbox"/> Starke Staubentwicklung | <input type="checkbox"/> Nässe |
| <input type="checkbox"/> Gerüche | <input type="checkbox"/> Gase | <input type="checkbox"/> Ständige Konzentration | <input type="checkbox"/> Reinigungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr | <input type="checkbox"/> Rauch | <input type="checkbox"/> Bildschirmtätigkeit | <input type="checkbox"/> Dämpfe |
| <input type="checkbox"/> Hohe Verantwortung | <input type="checkbox"/> Lärm | <input type="checkbox"/> Schlechtes Arbeitsklima | <input type="checkbox"/> Handschuharbeiten |

Andere belastende Einflüsse am Arbeitsplatz:

.....

.....

Gefährdung am Arbeitsplatz?

.....

Sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz zufrieden?

Ja Nein, warum nicht?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?

Nein Ja, aufgrund welcher Erkrankung?

.....

Wie lange waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate krankgeschrieben?

Weniger als 3 Monate 3-6 Monate Mehr als 6 Monate

Waren Sie unmittelbar vor Antritt dieser Rehabilitation krankgeschrieben?

Nein Ja, warum und seit wann?

.....

3. Rehabilitationsziele

Bitte formulieren Sie, welche Ziele Sie während Ihrer Rehabilitation erreichen möchten.

1.

2.

3.

4.

*Für Berufstätige, versichert über die Deutsche Rentenversicherung (DRV): Fragen nach dem **Würzburger Screening** auf besondere berufliche Problemlagen! Bitte unbedingt vollständig ausfüllen!*

Sind Sie zurzeit berufstätig? (Bitte auch bei gegenwärtiger Krankschreibung beantworten)

- Ja, in Vollzeit (6 Std./Tag und mehr) Nein, arbeitslos seit
- Ja, Teilzeit (3 bis 6 Std./Tag) Nein, Zeitrente bis
- Ja, Teilzeit (1 bis 3 Std./Tag) Nein, dauerhaft berentet (Altersrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente)
- Ja, in Ausbildung
- Hausfrau / -mann (Falls dies für Sie zutrifft: Betrachten Sie bei der Beantwortung der Folgenden Fragen Ihre Tätigkeit für Haushalt und Familie wie eine berufliche Tätigkeit)

Glauben Sie, dass Sie nach der Reha-Maßnahme wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können?

- Ja Nein

Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?

- Ja Nein

Wie bald nach Abschluss der Reha-Maßnahme hoffen Sie, Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen? Innerhalb von ...

- einem Monat mehr als einem Monat überhaupt nicht

	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
Wie stark ist Ihr berufliches Leistungsvermögen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Belastungen am Arbeitsplatz zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden bei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre berufliche Tätigkeit belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse, berufliche Probleme im Rahmen der Reha-Maßnahme zu bearbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse, an einer berufsbezogenen Schulungsgruppe teilzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!