

Sehr geehrte/-r Rehabilitandin/Rehabilitand,
um die Behandlung in unserem Hause für Sie erfolgreich zu gestalten, möchten wir Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen insbesondere zu Punkt 2.2 und 2.3 vollständig auszufüllen. Mit Ihren Angaben unterstützen Sie eine erfolgreiche Reha-Planung.
OHNE DEN BEI ANREISE AUSGFÜLLTEN ANAMNESEBOGEN KANN EINE REGULÄRE AUFNAHME NICHT ERFOLGEN!

ANGABEN ZUR EIGENEN PERSON

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

1. Anamnese

1.1 Jetzige Beschwerden

Bitte schreiben Sie die Beschwerden, die Sie am stärksten empfinden zuerst auf. Wie lange bestehen diese Beschwerden schon [erstes Auftreten, Ausstrahlung der Schmerzen]? Gehen Sie kurz auf die Art der Beschwerden ein [Dauer, Stärke, wann, bei welchen Tätigkeiten, oder eher in Ruhe, nachts].

Wichtig: Schmerzskala von 0-10, 0 = keine Schmerzen, 10 = unerträgliche Schmerzen

1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigung(en)

Wann traten die Beschwerden erstmalig auf, gab es ein akutes Ereignis, welche Diagnostik und Behandlung wurde bereits durchgeführt, welche Behandlungen haben geholfen und welche nicht.

1.3 Weitere reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle

Operationen/Unfälle/Arbeitsunfälle [mit Jahresangabe]:

Andere Erkrankungen z.B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit [mit Jahresangabe]:

Bisherige Rehabilitationsmaßnahmen:

Jahr: _____ Ort: _____ wegen _____
Jahr: _____ Ort: _____ wegen _____

1.4. Biographische Anamnese [bei psychischen Störungen]

Wie schätze ich den Informationsgrad über meine Erkrankung ein:

gut ausreichend schlecht

In letzter Zeit fühle ich mich durch Probleme belastet, die den Bereich Partnerschaft / Familie betreffen: ja nein

Arbeitsplatz betreffen: ja nein

Bei mir gab es in den letzten Wochen außergewöhnliche Ereignisse (Unfall, Todesfall), die mich sehr belasten: ja nein

Ich fühle mich über längere Zeit traurig, niedergeschlagen: ja nein

Ich hatte mehr als einmal Angstzustände oder Panikattacken: ja nein

Ich habe sonstige psychische oder soziale Belastungen: ja nein

Suchtproblematik: Alkohol Nikotin Medikamente

1.5 Vegetative Anamnese

Appetit: gut schlecht

Durst: geringe Trinkmenge reichliche Trinkmenge normale Trinkmenge

Schlaf: unauffällig Einschlafstörungen, seit ___ Jahren wegen _____
 Durchschlafstörungen, seit ___ Jahren wegen _____

Schlafmittel, welche/-s: _____

Stuhlgang: unauffällig Verstopfung Durchfall Stuhlinkontinenz

Abführmittel: _____

Wasserlassen: unauffällig Brennen sehr häufig nachts, wie oft: __mal Inkontinenz

Gewicht: gleichbleibend

in den letzten __ Monaten ___ kg zugenommen abgenommen

Schwitzen Schnarchen Sexuelle Störung

Derzeitige Medikamenten-Einnahme [auch Bedarfsmedikation]:

Name: _____ Stärke: _____ morgens / mittags / abends

seit.....Jahren/Monaten

[z.B.: Lorzaar 50 mg 1 0 0 2 Jahren

2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Familiäre Situation: ledig verheiratet geschieden getrennt lebend
 verwitwet Lebenspartner/in

Ehe-/Partner: berufstätig Rentner Frührentner Hausmann/-frau

Kinder: nein ja, ___ im Alter von _____, davon ___ im Haushalt lebend.

Leben weitere Personen im Haushalt: nein ja, _____

Sind Sie zurzeit durch Pflege von Angehörigen oder sonstigen Personen belastet?

nein ja, _____

Erhalten Sie derzeit ausreichende soziale Unterstützung nein ja, durch _____

Die häusliche Situation empfinde ich als geordnet problematisch, weil: _____

Sind sie finanziell abgesichert? ja nein keine Angaben

Die Deckung des Lebensunterhaltes wird bestritten bzw. ist beantragt durch:

eigene Erwerbstätigkeit Arbeitslosengeld/-hilfe Sozialhilfe berufliche Reha

EU/BU-Rente BG-Rente Altersrente ist beantragt

Freizeitverhalten/Hobbies (z.B. Lesen, Handarbeiten, Kino, Walken, Schwimmen): _____

Regelmäßige körperliche/sportliche Betätigung: nein ja

welche: _____ mal/Woche.

Grad der Behinderung (GdB) ___ Merkzeichen

Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) _____ % [Berufsgenossenschaft]

Erstantrag oder Verschlimmerungsantrag ist gestellt: ja nein

Laufende Rechtsstreitigkeiten (Versicherung, Sozialgericht, o.ä. nein ja, mit wem _____

Laufendes Rentenverfahren: ja nein

Risikofaktoren

Raucher: nein ja ___ Zigaretten/Zigarren/Pfeifen pro Tag

Alkohol: nie gelegentlich täglich: _____

Allergien: keine bekannt ja, auf _____

Extremsport: nein, ja _____

Bewegungsmangel: nein ja

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

Schulbildung mit Abschluss: _____

Berufsausbildung zur/zum: _____

mit Abschluss ohne Abschluss ohne Berufsausbildung

Zurzeit bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

Betriebszugehörigkeit: _____ Jahre

Berufswechsel aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen: nein ja, wegen _____

Umschulungen: nein ja, im Jahr ___ zum _____

Warum? _____

Arbeitslos: nein ja, seit _____ Warum? _____

Vollzeit Teilzeit _____ Stunden pro Woche _____ Stunden pro Monat,
wegen _____ [Begründung der Teilzeit].
 2-Schichtdienst (Früh- / Spät-) 3-Schichtdienst nur Nachtdienst
 häufige Überstunden
Arbeitsplatzprobleme? nein ja, welche: _____
Betriebsklima: zufrieden unzufrieden
Ist eine betriebsärztliche Betreuung/Gesundheitsförderung vorhanden? nein ja
Erreichen des Arbeitsplatzes: zu Fuß Fahrrad öffentlicher Nahverkehr Pkw.
Entfernung vom Wohnort: ____ km einfach. Fahrtdauer: _____ Minuten / Stunden
Eigene Arbeitsplatzbeschreibung: [z.B. überwiegend sitzend, am Bildschirm, Heben und
Tragen wie oft/wie viel, ungünstige Körperhaltungen, Witterungseinflüsse, Kundenkontakt,
Augenbelastungen] _____

Trauen Sie sich Ihre berufliche Tätigkeit weiterhin zu? ja nein
Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig? nein ja, seit wann: _____
Diagnose: _____
Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben? nein ja
 bis 3 Monate bis 6 Monate über 6 Monate, wann: _____
wie viele Wochen insgesamt: _____
Diagnose/n: _____

2.3 Subjektive Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

Bestehen Beeinträchtigungen der Mobilität (z.B. beim Gehen, Treppensteigen, Heben und Tragen) _____

Bestehen Beeinträchtigungen beim Lernen, Kommunikation, Konversation (z.B. Lesen, Schreiben, Problemlösung, Entscheidungen treffen) _____

Bestehen Beeinträchtigungen bei allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (z.B. Einzel- und Mehrfachaufgaben übernehmen, tägliche Routine planen und durchführen, mit Stress, Krisensituationen u. anderen psychischen Anforderungen umgehen) _____

Ihre persönlichen Reha-Ziele für das bei uns durchgeführte Heilverfahren:

Adresse der Krankenkasse:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Adresse der nächsten Angehörigen:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Wichtiger Hinweis: Diese Fragen entstammen dem Konzept des „gemeinsamen und einheitlichen Rehabilitationsentlassungsberichtes“ aller rentenversicherungsrechtlichen Träger der Bundesrepublik und sind somit für die DRV verbindlich. Wir bitten Sie daher, diese Fragen nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten. Auf die möglichen Rechtsfolgen mangelnder Mitwirkung des Rehabilitanden an der Gesundheitsmaßnahme wird hier vorsorglich und ausdrücklich hingewiesen.

Während Ihres Rehabilitationsaufenthalts möchten wir Sie im Rahmen unserer Anwendungen und Serviceleistungen gern persönlich unter Ihrem Namen ansprechen und Ihre Rehaleistungen dokumentieren [z.B. namentliche Kennzeichnung Ihres Speisesaalplatzes]. Alle weiteren Sozialdaten werden entsprechend den hierfür geltenden Datenschutzregelungen vertraulich behandelt. Für weitergehende Fragen oder Verfahrensregelungen nutzen Sie bitte das ärztliche Aufnahmegespräch.

Das Informationsblatt „personenbezogene Daten“ finden Sie auf unsere Internetseite www.reha-klinik-wiesengrund.de unter dem Menüpunkt „Kontakt“.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Informationen über „personenbezogene Daten“ gelesen zu haben und die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift des/der Rehabilitanden/-in