

Anamnesebogen DRV
Teil 1



10/22

F CA 02 113 00

Sehr geehrte/-r Rehabilitandin/Rehabilitand,
um die Behandlung in unserem Hause für Sie erfolgreich zu gestalten, bitten wir Sie, den
nachfolgenden Fragebogen insbesondere zu Punkt 2.2 und 2.3 vollständig auszufüllen. Mit Ihren
Angaben unterstützen Sie eine erfolgreiche Reha-Planung.

Dieses Formular ist kurzfristig an die Klinik zurück zu senden!

ANGABEN ZUR EIGENEN PERSON

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

1. Anamnese

1.1 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 _____

1.2. 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

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.
Bewegungsmangel: nein ja
Stürze/Sturzangst
Sind Sie im letzten Jahr gestürzt? nein ja, Anzahl der Stürze _____
Haben Sie Sturzangst? nein ja
Grad der Behinderung (GdB)___ Merkzeichen: _____
Minderung der Erwerbsfähigkeit (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: _____
Lebensmittelunverträglichkeit: _____
Allergien: keine bekannt ja, auf _____

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 ausgesteuert (über 78 Wochen)

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:

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.

Adresse des Hausarztes

In Einzelfällen kann eine Rücksprache mit Ihrem Hausarzt notwendig sein.

Name: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, _____

Faxnummer _____

Ich entbinde die Rehaklinik Wiesengrund dem hier genannten Hausarzt gegenüber von der Schweigepflicht. ja nein

Auskünfte und Informationen zu meinem gesundheitlichen Zustand darf die Rehaklinik Wiesengrund geben an [Entbindung von der Schweigepflicht]:

Name: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil: _____

Verwandtschaftsverhältnis/Rolle [z.B. Tochter, Nachbarin]: _____

Datenschutz:

Wir benötigen gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre Einwilligung um die uns anvertrauten, für die Behandlung notwendigen Daten verarbeiten zu dürfen.

Wir erheben Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung.

Während Ihres Rehabilitationsaufenthalts möchten wir Sie im Rahmen unserer Anwendungen und Serviceleistungen gern persönlich unter Ihrem Namen ansprechen und Ihre Rehalleistungen dokumentieren [z.B. namentliche Kennzeichnung Ihres Speisesaalplatzes].

Das ausführliche Informationsblatt „Verarbeitung personenbezogener Daten“ finden Sie auf unserer Internetseite www.reha-klinik-wiesengrund.de unter dem Menüpunkt „Kontakt/Downloads & Links“ und es kann Ihnen auf Wunsch zugesandt werden.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß den Ausführungen im Informationsblatt „Verarbeitung personenbezogener Daten“ [10/22, F GF 00 119 04] durch die Klinik Wiesengrund GmbH & Co. KG ein.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Rehabilitanden/-in

Unterschrift Arzt der Rehaklinik Wiesengrund

Dieses Formular ist kurzfristig an die Klinik zurück zu senden!

Anamnesebogen DRV
Teil 2

10/22

Dieses ausgefüllte Formular bei Anreise mitbringen!

ANGABEN ZUR EIGENEN PERSON

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

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.

1.5 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 Durchfall Stuhlinkontinenz
 Verstopfung Abführmittel: _____

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

Gewicht: gleichbleibend
 in den letzten __ Monaten ___ kg zugenommen abgenommen

Schwitzen Schnarchen Sexuelle Störung

