

Deutsche Rentenversicherung Bund

Reha-Zentrum Bad Aibling

Klinik Wendelstein

Rheumazentrum – AHB

Kolbermoorer Str. 56



83043 Bad Aibling

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im ersten Gespräch mit Ihrem Arzt soll genügend Zeit für Ihre Probleme sein. Damit wichtige Aspekte nicht übersehen oder vergessen werden, bitten wir Sie, auf den folgenden Bögen – die wie alle ärztlichen Unterlagen selbstverständlich vertraulich behandelt werden – um genaue Information. Bitte haben Sie Verständnis für unser Interesse auch an Ihrem beruflichen Werdegang. Diese Auskünfte sind z. B. nötig, um die Notwendigkeit zu klären, Ihren Arbeitsplatz umzugestalten.

Bitte geben Sie die **ausgefüllten Bögen sowie alle Ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen** (EKG, Befundberichte, Röntgenbilder, Krankenhausentlassungs- und sonstige Arztberichte) gleich nach Ihrer Ankunft der Stationsschwester und zeigen Sie bei der Aufnahmeuntersuchung alle Medikamente, die Sie einnehmen, der für Sie zuständigen Ärztin bzw. dem Arzt. **Bitte bringen Sie uns Befunde - wenn möglich Kopien zum Verbleib in der Klinik – zur Rehabilitation mit.**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Name:

1. Anamnese		
<p>1.1. Jetzige Beschwerden:</p> <p>Welche körperlichen Beschwerden und Einschränkungen stehen für Sie <u>zurzeit im Vordergrund</u>? (z.B. Wo? Seit wann? Wie stark? Wie häufig? Wie lange? In Ruhe oder bei Belastung? Tageszeitabhängig?</p>	<p>1.).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2.).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>3.).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Bei welchen Tätigkeiten sind Sie durch Ihre Krankheit eingeschränkt?</p>	<p>Im Alltag:</p> <p>.....</p> <p>..... <input type="radio"/> Keinen</p> <p>Im Beruf:</p> <p>.....</p> <p>..... <input type="radio"/> Keinen</p> <p>Die Einschränkungen können ausgeglichen werden durch (z.B. Krankengymnastik, Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung, Ruhe):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Krankheitsverständnis Welche Ursachen haben Ihre Beschwerden Ihrer Meinung nach?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Fühlen Sie sich über Ihre Erkrankung ausreichend informiert?</p>	<p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein, weil</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

<p>1.2. Bisheriger Verlauf der rehabilitationsrelevanten Beeinträchtigungen</p> <p>Bitte schildern Sie den bisherigen Verlauf Ihrer rheumatologischen bzw. orthopädischen Erkrankung (einschließlich wichtiger Untersuchungen und Behandlungen, z.B. mit „Basistherapeutika“ und/oder Kortisonpräparaten)</p>	<p>A) Wann traten die ersten Beschwerden auf? Welche?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>B) Welche Diagnose wurde gestellt?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>C) Welche Medikamente haben Sie erhalten? Wann? Wie lange? Wenn abgesetzt, warum?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>D) Welche Untersuchungen wurden durchgeführt (z.B. Röntgen)?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>E) Wurden bei Ihnen orthopädische/rheumatologische Operationen durchgeführt? (z.B. Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig oder bei Bedarf ein? Bitte geben Sie sämtliche Medikamente einschließlich der Dosierung an</p>	<p>Präparatname morgens – mittags – abends – z. Nacht / b. Bedarf</p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p> <p>3.....</p> <p>4.....</p> <p>5.....</p> <p>6.....</p> <p>7.....</p> <p>8.....</p> <p>9.....</p> <p>10.....</p>	

<p>Welche anderen Therapien haben Sie erhalten oder selbst betrieben? (Krankengymnastik, Ergotherapie, Psychotherapie, alternative Heilmethoden, Kälte/Wärme)</p>	<p>.....</p>	
<p>Betreiben Sie in Ihrer Freizeit regelmäßig Sport? Ggf. bitte Sportart angeben</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja zusammengenommen durchschnittlich ca. Stunden / Woche</p>	
<p>Sind Sie Mitglied einer Selbsthilfegruppe?</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p>	
<p>Bei welchen Ärzten (Name, Anschrift, Fachrichtung) befinden Sie sich in Behandlung? (bitte genaue Angaben machen)</p>	<p>Hausärztin/Hausarzt:..... Internist/internistische/r Rheumatologin/Rheumatologe: Orthopädin/Orthopäde (mit Zusatzbezeichnung Rheumatologie?): Sonstige Fachärzte:</p>	
<p>Frühere Leistungen zur Rehabilitation (stationäre/ teilstationäre Rehabilitationsverfahren)? (bitte mit Jahr, Ort und Grund)</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p>	
<p>Die Initiative für das jetzige Rehabilitationsverfahren ging aus von</p>	<p><input type="radio"/> mir / behandelndem Arzt <input type="radio"/> Krankenkasse, MDK <input type="radio"/> Rentenversicherungsträger <input type="radio"/> Akut-Klinik zur AHB/AGM</p>	
<p>1.3 Weitere reha-relevante Erkrankung/ Operationen/ Unfälle Geben Sie hier bitte Ihre früheren nicht-rheumatologischen/ nicht-orthopädischen Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Infektionskrankheiten, Verletzungen, Knochenbrüche, Operationen, Krankenhausaufenthalte) in der zeitlichen Reihenfolge ihres Auftretens an.</p>	<p>..... Bluthochdruck: bekannt seitbehandelt seit Diabetes mellitus: bekannt seitbehandelt seit Fettstoffwechselstörung: bekannt seitbehandelt seit Erhöhte Harnsäure: bekannt seitbehandelt seit Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten:..... Zigarettenkonsum: <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> Rauchen aufgegeben seit <input type="radio"/> Ja, Menge: Zig./Tag seit</p>	
<p>Alkoholkonsum: <input type="radio"/> keiner <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> täglich</p>		

<p>Biographische Anamnese</p> <p>Leiden Sie unter psychischen Beschwerden, Erkrankungen oder Belastungssituationen?</p>	<p>1.).....</p> <p>2.).....</p> <p>3.).....</p> <p>Haben Sie jemals eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, (seit) wann? </p>	
<p>Gynäkologische Anamnese</p>	<p>Anzahl der Geburten?</p> <p>Fehlgeburten: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Regelblutungen: regelmäßig <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Menopause seit:</p> <p>Besteht z.Zt. eine Schwangerschaft? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> nicht sicher</p> <p>Hormoneinnahme: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	
<p>Krebsvorsorgeuntersuchungen (z.B. Frauenarzt, Urologe, Darmspiegelung)</p>	<p><input type="radio"/> Noch nie <input type="radio"/> Unregelmäßig</p> <p><input type="radio"/> Regelmäßig</p> <p>Zuletzt am</p> <p>Unauffällig <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein, weil</p>	
<p>Arbeitsunfälle und anerkannte Berufserkrankungen mit Verlauf und Datum</p>	<p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Ja:</p> <p>.....ggf. MdE:.....</p>	
<p>Familienanamnese</p> <p>Gibt es gehäuft Erkrankungen in Ihrer Familie? (z.B. Diabetes, Rheuma, Herzerkrankung, Schuppenflechte)</p>	<p>.....</p>	

<p>1.5 Vegetative Anamnese</p> <p>Vegetative Anamnese (bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. mit Zusatzangaben)</p>	<p>Appetit: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> vermehrt <input type="radio"/> vermindert Durst: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> vermehrt <input type="radio"/> vermindert Gewichtsverhalten: <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> Zunahme <input type="radio"/> Abnahme kg in <input type="radio"/> Monaten <input type="radio"/> Jahren Stuhlgang: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Verstopfung Abführmittelgebrauch: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wasserlassen: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Brennen seit <input type="radio"/> verzögerter Beginn <input type="radio"/> nachts-mal Schlaf: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Einschlafstörung <input type="radio"/> Durchschlafstörung Bei Schlafstörung: Warum ist der Schlaf gestört? <input type="radio"/> Atempausen <input type="radio"/> ausgeprägtes Schnarchen Nachtschweiß: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Husten: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Auswurf: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p>	
<h2>2. Sozialmedizinische Anamnese</h2>		
<h3>2.1. Sozialanamnese mit Kontextfaktoren</h3>		
<p>Familienstand?</p>	<p><input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> alleinstehend <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> in fester Partnerschaft lebend <input type="radio"/> geschieden seit <input type="radio"/> getrennt lebend, seit <input type="radio"/> verwitwet: seit</p> <p>Zahl der Kinder:</p> <p>davon noch zu versorgen:</p> <p>wegen (z.B. Schüler):</p>	
<p>Belastungen im sozialen Umfeld (z.B. Pflege eines schwer erkrankten Familienangehörigen, Wohnungssituation, finanzielle Ängste, familiäre u./o. berufliche Stresssituationen usw.)?</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Ist bei Ihnen eine Behinderung anerkannt?</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: GdB Merkzeichen:</p>	
<p>Beziehen Sie Rente?</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja:</p>	
<p>Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?</p>	<p>Wegen Erwerbsminderung: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, am..... Altersrentenantrag: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, am..... Altersteilzeit:</p> <p><input type="radio"/> Derzeit laufendes Widerspruchsverfahren <input type="radio"/> Derzeit laufendes Sozialgerichtsverfahren</p>	

Bisherige Rentenbe- gutachtungen (bitte mit Datum und Fachrichtung)?	<input type="radio"/> Keine	
2.2. Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren		
Schulabschluss?	<input type="radio"/> Keiner <input type="radio"/> Hauptschule <input type="radio"/> Mittlere Reife <input type="radio"/> Abitur	
Erlerner Beruf? Abschluss ?Abschluss: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Derzeitige bzw. zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit? Seit / ab: <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit Std. / Wo. <input type="radio"/> Geringfügige Beschäftigung; Früh-/Spätschicht: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: Nachtschicht: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja:.....	
Beschreiben Sie bitte Ihren Arbeitsplatz, typische Arbeits- abläufe und Ihre Arbeitshaltung. Sollten Sie arbeitslos sein, beschreiben Sie bitte die letzte sozial- versicherungs- pflichtige Tätigkeit. Sitzend <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: % d. Zeit Stehend <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: % d. Zeit Gehend <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: % d. Zeit Bücken <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Heben und Tragen von Lasten <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja: Welche Gegenstände heben oder bewegen Sie: Stehen Hilfsmittel zur Verfügung: Sind sie mit Ihrem Arbeitsplatz zufrieden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein, weil..... Probleme/Konflikte?:..... Bestehen Belastungen durch: <input type="radio"/> Arbeitsdruck <input type="radio"/> Akkordarbeit <input type="radio"/> Lärm <input type="radio"/> Kälte/Nässe <input type="radio"/> Gefahrenstoffe <input type="radio"/> sonstiges:	
Mussten Sie Ihren Beruf krankheitsbedingt wechseln (bitte jeweils mit Datum und Begründung)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	

<p>Erfolgten Umschulungen oder andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (bitte jeweils mit Datum und Begründung) ?</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Sind Sie zur Zeit arbeitslos?</p>	<p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, seit Neue Stelle in Aussicht: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Kündigungsgrund:</p>	
<p>Arbeitsunfähigkeit (bitte jeweils mit Grund)</p> <p>(„Krankschreibung“) in den letzten 12 Monaten insgesamt?</p>	<p><u>Zur Zeit:</u> <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, seit..... wegen</p> <p>.....</p> <p><u>In den letzten Monaten:</u> <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> bis unter 3 Monate <input type="radio"/> 3 bis unter 6 Monate <input type="radio"/> 6 und mehr Monate</p>	
<p>Welche Erwartungen haben Sie an dieses Rehabilitationsverfahren, welche Ziele und Hauptanliegen ?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Sonstige Anmerkungen</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift