

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung Ihrer Aufnahmeuntersuchung durch die Ärztinnen und Ärzte der Kliniken des Reha-Zentrums Bad Aibling. Damit wichtige Aspekte nicht übersehen oder vergessen werden, bitten wir Sie, die folgenden Fragen so gut wie möglich zu beantworten.

Bitte bringen Sie diesen Bogen **am Aufnahmetag** Ihrer Rehabilitation ausgefüllt mit.

Sie können Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen oder mit Ihren eigenen Worten formulieren.

Bitte bringen Sie uns Befunde - wenn möglich Kopien zum Verbleib in der Klinik – und wenn vorhanden CD mit Röntgen-, CT- oder MRT-Aufnahmen zur Rehabilitation mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Patientenaufkleber

<p>1. Anamnese</p> <p>Wer hat die Rehabilitation veranlasst?</p> <p><input type="radio"/> Sie und Ihre behandelnden Ärztinnen/Ärzte</p> <p><input type="radio"/> Die Krankenkasse als Eilfall</p> <p><input type="radio"/> Die Agentur für Arbeit</p> <p><input type="radio"/> Die Rentenversicherung</p>	
<p>Frühere Leistungen zur Rehabilitation (stationäre/ teilstationäre Rehabilitationsverfahren)? (bitte mit Jahr, Ort und Grund)</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p>.....</p>	
<p>1.1. Jetzige Beschwerden:</p> <p>Welche körperlichen Beschwerden und Einschränkungen stehen für Sie zurzeit im Vordergrund? (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>2.).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>3.).....</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 gelindert 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? (z.B. Verschleiß, Rheuma, Unfall, Stress)</p> <p>.....</p>	
<p>Informationsstand</p> <p>Fühlen Sie sich über Ihre Erkrankung(en) ausreichend informiert?</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein, weil</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)</p> <p>A) Welche Diagnose wurde wann gestellt?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>B) Wann traten die ersten Beschwerden auf? Welche?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>C) Welche Medikamente haben Sie erhalten? Wann? Wie lange? Wenn abgesetzt, warum? (z.B. „Basistherapeutika“, Schmerzmittel, Kortisonpräparate) Haben die Medikamente geholfen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>D) Welche Untersuchungen wurden durchgeführt (z.B. Röntgen, MRT, CT, Knochendichtemessung)?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>E) Wurden bei Ihnen orthopädische/rheumatologische Operationen durchgeführt? (z.B. Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Welche **Medikamente** nehmen Sie **zurzeit** regelmäßig oder bei Bedarf ein?
 Bitte geben Sie sämtliche Medikamente einschließlich der Dosierung an

Medikament (Tabl., Salben, Tropfen, Spritzen, Infusionen, Sprays, Zäpfchen, Klysmen, Pflaster usw.)	Stärke/Dosis/ Menge	früh	Mittags	Abends	Zur Nacht	b. Bed.

Falls vorhanden:

Bringen Sie bitte einen aktuellen Medikamentenplan (z.B. von Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt) mit.

Leiden Sie unter Medikamenten- oder sonstigen Allergien?

.....

Leiden Sie unter Medikamenten- oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

.....

Welche **anderen Therapien** haben Sie erhalten oder selbst betrieben? Was hat geholfen?

Krankengymnastik Massagen Trainingstherapie

Injektionen weitere:

Wirksamkeit der Therapie: positiv keine negativ

Verwenden Sie **Hilfsmittel** (z.B. Einlagen, Bandagen, Gehstützen, Schienen)?

Nein

Ja

Betreiben Sie in Ihrer Freizeit regelmäßig **Sport und Freizeitaktivitäten**? Ggf. bitte Sportart angeben

Nein Ja

Wie häufig?

Sind Sie Mitglied einer **Selbsthilfegruppe**?

Nein

Ja

<p>Bei welchen Ärztinnen/Ärzten befinden Sie sich in Behandlung?</p> <p><input type="radio"/> Hausärztin/Hausarzt</p> <p><input type="radio"/> Internist/internistische/r Rheumatologin/Rheumatologe</p> <p><input type="radio"/> Orthopädin/Orthopäde (mit Zusatzbezeichnung Rheumatologie?)</p> <p><input type="radio"/> Sonstige Fachärzte:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>1.3 Weitere reha-relevante Erkrankung/ Operationen/ Unfälle</p> <p>Geben Sie hier bitte</p> <p>Ihre früheren nicht-rheumatologischen/ nicht-orthopädischen Erkrankungen (z.B. Infektionskrankheiten, Verletzungen, Knochenbrüche, Operationen, Krankenhausaufenthalte) in der zeitlichen Reihenfolge ihres Auftretens an.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Risikofaktoren:</p> <p><input type="radio"/> Bluthochdruck: bekannt seitbehandelt seit</p> <p><input type="radio"/> Diabetes mellitus: bekannt seitbehandelt seit</p> <p><input type="radio"/> Cholesterinerhöhung: bekannt seitbehandelt seit</p> <p><input type="radio"/> Erhöhte Harnsäure: bekannt seitbehandelt seit</p> <p><input type="radio"/> Übergewicht</p> <p><input type="radio"/> Bewegungsmangel</p> <p><input type="radio"/> Suchtmittel</p> <p>Zigarettenkonsum: <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> Nichtraucher seit</p> <p><input type="radio"/> Ja, Menge: Zig./Tag seit</p> <p><input type="radio"/> andere Tabakprodukte:</p> <p><input type="radio"/> Ich möchte mir das Rauchen abgewöhnen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Alkoholkonsum: <input type="radio"/> keiner <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> täglich</p> <p>Was trinken Sie üblicherweise: <input type="radio"/> Bier <input type="radio"/> Wein/Sekt <input type="radio"/> Spirituosen</p>	

<p>1.4 Biographische Anamnese</p> <p>Leiden Sie unter psychischen Beschwerden, Erkrankungen oder Belastungssituationen?</p> <p>1. Kritische Lebensereignisse in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter? </p> <p>2. Psychische Beschwerden (z.B. Angst, Depression) </p> <p>Haben Sie jemals eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, (seit) wann?</p>	
<p>1.5 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 Nächtliche Schweißausbrüche: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Stuhlgang: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Verstopfung Abführmittelgebrauch: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ja Störungen beim Wasserlassen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Nächtliches Wasserlassen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja → Wie oft?</p> <p>Schlaf: <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> Einschlafstörung <input type="radio"/> Durchschlafstörung Bei Schlafstörung: Warum ist der Schlaf gestört? </p> <p><input type="radio"/> Atempausen <input type="radio"/> ausgeprägtes Schnarchen Gewichtsverhalten in den letzten 12 Monaten: <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> Abnahmekg <input type="radio"/> Zunahme kg</p>	
2. Sozialmedizinische Anamnese	
2.1. Sozialanamnese mit Kontextfaktoren	
<p>Familienstand?</p> <p><input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> Lebenspartnerschaft</p> <p><input type="radio"/> getrennt lebend, seit</p> <p><input type="radio"/> geschieden seit</p> <p><input type="radio"/> verwitwet: seit</p> <p>Zahl der Kinder:</p> <p>davon noch zu versorgen:</p>	

<p>Finanzielle Situation Ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch: <input type="radio"/> Ich bin erwerbstätig (Arbeitsentgelt, Lohn) <input type="radio"/> Krankengeld <input type="radio"/> von der Krankenkasse ausgesteuert seit/ab:</p> <p><input type="radio"/> Arbeitslosengeld 1 (ALG 1) <input type="radio"/> Arbeitslosengeld 2 (ALG 2) <input type="radio"/> Hausfrau (Versorgung durch Lebenspartner) <input type="radio"/> Sonstiges:</p>	
<p>Belastungen im sozialen Umfeld (z.B. Pflege eines schwer erkrankten Familienangehörigen, Wohnungssituation, Schulden oder finanzielle Ängste, familiäre u./o. berufliche Stresssituationen, Partnerschaftskonflikte usw.)? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p> <p>..... </p>	
<p>Ist bei Ihnen ein Grad der Behinderung anerkannt? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: GdB Merkzeichen:</p>	
<p>Arbeitsunfälle und anerkannte Berufserkrankungen mit Verlauf und Datum <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja:</p> <p>..... ggf. MdE:.....%</p> <p>Beziehen Sie eine Rente der gesetzlichen Unfallversicherung? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja:</p>	
<p>Beziehen Sie Rente?</p> <p>Wegen Alters <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Witwenrente <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wegen teilweiser Erwerbsminderung <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wegen voller Erwerbsminderung <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Befristet? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja: seit, bis</p>	
<p>Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt? Wegen Erwerbsminderung: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, am..... Altersrentenanspruch: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, am.....</p> <p>Altersteilzeit:</p> <p><input type="radio"/> Derzeit laufendes Widerspruchsverfahren <input type="radio"/> Derzeit laufendes Sozialgerichtsverfahren</p>	
<p>Bisherige Rentenbegutachtungen (bitte mit Datum und Fachrichtung)? <input type="radio"/> Keine</p> <p>..... </p>	

2.2. Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren	
<p>Schulabschluss? <input type="radio"/> Keiner <input type="radio"/> Hauptschule <input type="radio"/> Mittlere Reife <input type="radio"/> Fachabitur <input type="radio"/> Abitur</p>	
<p>Erlerner Beruf als</p> <p>Ausbildung von bis</p> <p>.....</p> <p>Abschluss: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Anlernberuf als</p> <p>Vorwiegend ausgeübte Tätigkeit</p> <p>als</p> <p>als</p> <p>als</p>	
<p>Derzeitige bzw. zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit?</p> <p>als</p> <p>Seit wann üben Sie diesen aus bzw. bis wann haben Sie ihn ausgeübt?</p> <p>.....</p>	
<p>Mussten Sie Ihren Beruf krankheitsbedingt wechseln (bitte jeweils mit Datum und Begründung)? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p>	
<p>Erfolgten Umschulungen oder andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (bitte jeweils mit Datum und Begründung, Kostenträger)? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja:</p> <p>Kostenträger:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Beschreiben Sie bitte Ihren Arbeitsplatz, typische Arbeitsabläufe und Ihre Arbeitshaltung.

(Sollten Sie derzeit nicht tätig sein, beschreiben Sie den Arbeitsplatz, an dem Sie als letztes berufstätig waren.)

- Vollzeit Teilzeit, täglich Stunden, Tage pro Woche
 Wechselschicht Nachtschicht

Haltung

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|
| Sitzend | } Summe 100% | <input type="radio"/> ja, % d. Zeit | <input type="radio"/> nein |
| Stehend | | <input type="radio"/> ja, % d. Zeit | <input type="radio"/> nein |
| Gehend | | <input type="radio"/> ja: % d. Zeit | <input type="radio"/> nein |
| Arbeiten über Kopf | | <input type="radio"/> ja: % d. Zeit | <input type="radio"/> nein |
| Arbeiten in Schulterhöhe | | <input type="radio"/> ja: % d. Zeit | <input type="radio"/> nein |
| Bücken | | <input type="radio"/> ja: % d. Zeit | <input type="radio"/> nein |
| Kniende Tätigkeit | | <input type="radio"/> ja: % d. Zeit | <input type="radio"/> nein |
| Be- und Entladetätigkeit | | <input type="radio"/> ja: % d. Zeit | <input type="radio"/> nein |
| Ladehilfe vorhanden | | <input type="radio"/> ja: | <input type="radio"/> nein |
| Fahrzeug | <input type="radio"/> gefedert | <input type="radio"/> ungefedert | <input type="radio"/> Spezialsitz |
| Fahr- und Steuertätigkeit | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| Klettern auf Leitern und Gerüste | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |

Heben und Tragen von Lasten ja nein

- Wenn ja: Welche Gegenstände heben oder bewegen Sie: Gegenstände
- | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------|
| <input type="radio"/> 5 – 10 kg | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> gelegentlich | <input type="radio"/> häufig | |
| <input type="radio"/> 10 – 15 kg | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> gelegentlich | <input type="radio"/> häufig | |
| <input type="radio"/> > 20 kg | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> gelegentlich | <input type="radio"/> häufig | |

Bestehen Belastungen durch:

- Arbeitsdruck Akkordarbeit Lärm Kälte/Nässe
- Gefahrenstoffe sonstiges:
-

Betriebsklima: unproblematisch angespannt

Freitext für Anmerkungen zum Arbeitsplatz

.....

Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes

- zu Fuß Meter Kfz Öffentliches Verkehrsmittel
- sonstiges:
- Zeitaufwand: ca.min. Entfernung: km
(einfache Strecke) (einfache Strecke)

Sind Sie z.Zt. arbeitsunfähig?

- nein ja, seit, wegen
- Dauer der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten
- keine unter 3 Monate 3 bis unter 6 Monate > 6 Monate
- Wegen

<p>Sind Sie derzeit arbeitslos?</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja wenn ja <input type="radio"/> aus privaten Gründen <input type="radio"/> aus beruflichen Gründen</p> <p><input type="radio"/> aus gesundheitlichen Gründen <input type="radio"/> wegen Arbeitsmangel/Betriebsschließung</p> <p><input type="radio"/> Hausfrau/Hausmann seit</p>	
<p>Fühlen Sie sich in der Lage, Ihre Tätigkeit weiterhin auszuüben?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein wenn nein, warum nicht?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Falls nein: Sehen Sie sich in der Lage, eine andere Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt auszuüben? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein; warum nicht</p> <p>.....</p> <p>Welche Pläne haben Sie?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>4.1 Welche Erwartungen haben Sie an die Rehabilitation? Was ist Ihr Hauptanliegen? Welche Rehabilitationsziele haben Sie? (z.B. verbesserte Beweglichkeit, höhere Belastbarkeit, Schmerzlinderung, Erholung, Gewichtabnahme usw.)</p> <p>Bitte formulieren Sie Ihre Rehabilitationsziele</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>Weitere Anmerkungen:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>Datum</p> <p>.....</p> <p>Unterschrift Ärztin/Arzt</p>
<p>.....</p> <p>Ort, Datum</p>	<p>.....</p> <p>Unterschrift Patientin/Patient</p>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir freuen uns auf den Beginn Ihrer Rehabilitation.

Ihr Rehabilitations-Team