

## PATIENTENFRAGEBOGEN ZUR REHABILITATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten, diesen Patientenfragebogen auszufüllen und zu Ihrem Aufnahmegespräch in Holsing Vital mitzubringen. Der Bogen wird Ihnen und Ihrem Stationsarzt das Aufnahmegespräch erleichtern. Sofern Sie ärztliche Berichte und schriftliche Befunde zu Ihrer Erkrankung besitzen, sollten Sie diese oder entsprechende Fotokopien zusätzlich mitbringen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_  
 Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Angehörige: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert: \_\_\_\_\_ Vers-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal bei uns stationär/ gantztägig ambulant im Hause?     ja     nein

### 1.1 Vorgeschichte:

#### Initiative zur Rehabilitation.

Reha-Initiative     eigener Wunsch                           geschickt worden von:

Durch wen ist diese Rehabilitation angeregt worden: \_\_\_\_\_

#### 1.1.1 Welche Beschwerden haben Sie derzeit?

Welche aktuellen Beschwerden haben Sie und seit wann? Sind die Beschwerden belastungsabhängig oder ständig da? Sind die Schmerzen dumpf, stechend, ziehend, brennend, pulsierend, schneidend?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Stärke der Schmerzen:                          ☺ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

#### 1.1.2 Weitere Beschwerden

Welche Beschwerden bestehen seit längerem:

\_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

**Bisherige Rehamassnahmen:**

Bitte geben Sie den Zeitraum, den Ort und den Grund an:

---

---

---

---

---

---

hatte die Rehabilitationsmassnahme Erfolg	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde anschliessend durchgefuehrt:		
Reha-Sport	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Funktionstraining	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankengymnastik, IRENA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**1.2 Beschwerden**

**1.2.1 Bisheriger Krankheitsverlauf**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**1.2.2 Sind sie ueber Ihre Erkrankung und deren Verlauf durch ihren Arzt informiert worden:**

Glauben Sie, dass Ihre Beschwerden durch Stress oder andere psychische Belastungen verstaerkt werden?

ja  nein  koennte sein

**1.2.3 Bisherige Diagnostik (z.B. Roentgen, MRT, Untersuchung durch einen Facharzt)**

---

---

---

---

---

---

**1.2.4 Bisherige Therapien:**

**Spritzen / Schmerzinfusionen**

nein  ja

**Sonstige Therapien**

Werden bei Ihnen aktuell regelmassig andere therapeutische Massnahmen durchgefuehrt ?

keine

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	_____	x/Woche, seit _____	<input type="checkbox"/> Fango	_____	x/Woche, seit _____
<input type="checkbox"/> Elektrotherapie	_____	x/Woche, seit _____	<input type="checkbox"/> Baeder	_____	x/Woche, seit _____
<input type="checkbox"/> Massage	_____	x/Woche, seit _____	<input type="checkbox"/> Akupunktur	_____	x/Woche, seit _____
<input type="checkbox"/> Rueckenschule	_____	x/Woche, seit _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____	x/Woche, seit _____
<input type="checkbox"/> Chirotherapie	_____	x/Woche, seit _____			

**Therapieerfolg:**     anhaltend     vorübergehend     ohne Erfolg

**Hilfsmittel:**         keine         Handstock         Gehstützen         rechts         links  
                          Bandage     Schiene         Schuhtechnik

Andere Hilfsmittel: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation**

Medikamentenname	Dosis (mg)	morgens	mittags	abends	zur Nacht	seit wann

**Behandelnde Ärzte:**

Fachrichtung	Name	Str./Nr.	PLZ	Wohnort	Telefon-Nr.:
Hausarzt:					
Orthopäde:					
Unfallchirurg:					
Neurochirurg:					
Neurologe:					
Psychiater					
Psychotherapeut					
Schmerztherapeut					

**1.3 Eigene medizinische Vorgeschichte:**

Schwere Erkrankungen/Operationen/Behandlungen (z.B. 1984 Blinddarmoperation, seit 1995 Bluthochdruck, seit 1997 Diabetes mit Insulin behandelt):  
Vorerkrankungen und Verlauf:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unfälle und Operationen (sind Restbeschwerden übrig geblieben?):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bisherige Untersuchungen (z.B. Röntgen, Untersuchungen durch einen Facharzt) und Behandlung:

---

---

---

---

**1.4 Biographische Anamnese:**

Seelische und körperliche Belastungen in Kindheit und Jugendalter: (Ereignisse, die sie geprägt haben wie z.B. Tod eines wichtigen Familienmitgliedes, Scheidung der Eltern, schwere Krankheiten in der Kindheit, belastender Erziehungsstil der Eltern)

---

---

---

---

Seelische und körperliche Belastungen im Erwachsenenalter: (z.B. schwere Krankheiten, belastende Konflikte am Arbeitsplatz/ in der Familie, übermäßiger lang andauernder Stress, belastende Schmerzen)

---

---

---

---

**Vegetative Anamnese**

**1.5.1 Vegetative Anamnese:**

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Appetit:  normal

vermehrt

vermindert

Durst:  normal

vermehrt

vermindert

Stuhlgang:  unauffällig

Durchfall (\_\_\_\_ x/Tag, seit \_\_\_\_\_)

Verstopfung (\_\_\_\_ x/Woche)

benutzen Sie regelmäßig Abführmittel:

nein

ja; wie oft: \_\_\_\_\_

Präparat: \_\_\_\_\_

Wasserlassen:  unauffällig

nachts (\_\_\_\_x)

ungewollter Urinabgang  bei Stress

bei starkem Harndrang

Schlaf:  ungestört

Einschlafstörung seit \_\_\_\_\_

Durchschlafstörung seit \_\_\_\_\_

Weswegen?  Schmerzen

Innerer Unruhe

Sonstiges \_\_\_\_\_

Benutzen Sie Schlafmittel  nein

ja, Präparat: \_\_\_\_\_

wie oft: \_\_\_\_\_

Schnarchen/Atemaussetzer

nein

ja

Nachtschweiß

nein

ja, seit \_\_\_\_\_

**1.5.2 Risikofaktoren**

Bluthochdruck seit: \_\_\_\_\_

Medikation (Präparat): \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus seit: \_\_\_\_\_

Medikation (Präparat): \_\_\_\_\_

Insulin

Tabletten

Diät

Fettstoffwechselstörung/ Cholesterin

Medikation (Präparat) \_\_\_\_\_

Übergewicht

Bewegungsmangel

Extremsport

mangelnde Erholung

Stress

familiäre Belastung

berufliche Belastung

Alkoholkonsum:  nein  ja

gelegentlich

täglich

Nikotin, insgesamt über \_\_\_\_\_ Jahre

seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_,

Anzahl: \_\_\_\_\_ Zig/Tag

eingestellt:

ja  nein

### 1.5.3 Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt ?

keine  gegenüber Medikamenten, wenn ja gegen welche: \_\_\_\_\_

gegenüber folgenden Stoffen: \_\_\_\_\_

Heuschnupfen

### 1.5.4 Unverträglichkeiten

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten bekannt ?

keine  gegenüber Medikamenten, wenn ja gegen welche: \_\_\_\_\_

gegenüber folgenden Stoffen: \_\_\_\_\_

## 2. Sozialanamnese

### 2.1. Allgemeine Sozialanamnese

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet seit \_\_\_\_\_  geschieden seit \_\_\_\_\_

Kinderzahl: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ im Haushalt lebend: \_\_\_\_\_

Probleme im privaten Umfeld (z.B. Belastungen in der Familie durch Pflege von Angehörigen):

### Wirtschaftliche Sicherung:

Ich arbeite  Ich bin Hausfrau/Hausmann  Ich beziehe Rente

Mein (Ehe)Partner arbeitet \_\_\_\_\_ Std. als \_\_\_\_\_

Hausfrau/Hausmann  Arbeitslosengeld II  EM-Rente  Altersrente

### Freizeit (Bewegung / Hobby / Sport):

keine  Sport / Gymnastik  Wandern  Fahrradfahren  Schwimmen

### Aktivitäten des täglichen Lebens: (z.B. Anziehen, Essen, Hygiene)

uneingeschränkt möglich  Fremdhilfe beim An- und Ausziehen

Fremdhilfe bei Toilettenbenutzung  Fremdhilfe bei Haushaltsführung

Weitere Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Haushaltshilfe, Nachbarn bei:

Pflegegrad \_\_\_\_\_  Pflegedienst  Hausbesuche \_\_\_\_\_ x/Tag  Essen auf Rädern

Selbständige Haushaltsführung

Wohnung ebenerdig  über \_\_\_\_\_ Stufen erreichbar  mit Fahrstuhl erreichbar

MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit – Berufsgenossenschaft)  nein  ja, MdE \_\_\_\_\_ %

Schwerbehindertenausweis  nein  ja, GdB \_\_\_\_\_, Merkzeichen \_\_\_\_\_  beantragt  
wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Laufende Sozialleistungsanträge:  keine  Rentenantrag geplant

Rentenantrag gestellt (wann?)  Rentenantrag abgelehnt (wann?)

Widerspruch eingelegt (wann?)

Berufliche Reha:  Umschulung  Qualifizierungsmaßnahme

durchgeführt  geplant

## 2.2 Arbeitsplatz und Beruf:

Erwerbsstatus:  Altersrente seit \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten: \_\_\_\_\_ Monate aufgrund welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

erwerbstätig, bei Anreize:  arbeitsfähig  arbeitsunfähig/krank geschrieben seit \_\_\_\_\_

arbeitslos, bei Anreize:  arbeitsfähig  arbeitsunfähig/krank geschrieben seit \_\_\_\_\_

nicht erwerbstätig:  Hausfrau  Vorruhestand  in Ausbildung

Erwerbsminderungsrente:  unbefristet  befristet von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Erwerbsunfähigkeitsrente:  unbefristet  befristet von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Derzeitige finanzielle Absicherung:

Krankengeld  Lohnfortzahlung  Arbeitslosengeld  Hartz IV  Rente  Sonstiges

Angaben zum beruflichen Werdegang (zeitlich geordnete Übersicht über das Berufsleben):

Schulabschluss: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Bei Arbeitslosigkeit: letzte berufliche Stellung und Grund der Arbeitslosigkeit (z.B. Insolvenz, Rationalisierung, aus gesundheitlichen Gründen u.s.w.):

Beschreiben Sie Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Std./Woche

Betriebsgröße: ca. \_\_\_\_\_ Mitarbeiter Betriebszugehörigkeit: \_\_\_\_\_ Jahre Betriebsklima: \_\_\_\_\_

Arbeitsplatzzufriedenheit:  ja  nein (was ist der Grund?): \_\_\_\_\_

Besondere Belastungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Hilfsmittel vorhanden: \_\_\_\_\_

Gibt es Gefahren am Arbeitsplatz?: \_\_\_\_\_

Einschätzung der Arbeitsschwere aus Ihrer Sicht:  leicht  mittelschwer  schwer

Heben von Lasten und Gewichten bis: \_\_\_\_\_ kg

Arbeitsorganisation:  Tagschicht  Frühschicht  Spätschicht  Nachtschicht

Wechselschicht  2-Schicht  3-Schicht  Conti-Schicht

Erreichen des Arbeitsplatzes:

ca. \_\_\_\_\_ km Entfernung  PKW  Bahn  Bus  Fahrrad  zu Fuß

Fahr-/Gehzeit Dauer: \_\_\_\_\_ Minuten

Betriebsarzt:  nein  ja, Name \_\_\_\_\_  nicht bekannt

Sind Sie der Meinung, Ihrer Arbeit zukünftig wieder nachgehen zu können:

ja  ja, aber folgende Veränderungen des Arbeitsplatzes sind erforderlich: \_\_\_\_\_

nein, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2.3 Subjektive Einschränkungen

Ergeben sich durch die Beschwerden Einschränkungen in Ihrer Aktivität ?

- keine wesentlichen, ich kann den Haushalt selbständig führen, Gehen, Gegenstände tragen
- keine wesentlichen, ich fühle mich am Arbeitsplatz körperlich/ seelisch nicht eingeschränkt
- folgende Tätigkeiten im Alltag, am Arbeitsplatz oder in der Freizeit sind nicht mehr möglich (was und warum):  
Im

Alltag/Freizeit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Im

Beruf \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Können Sie:

- |  |                                  |  |                               |
|--|----------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lesen                                 | <input type="checkbox"/> Deutsch | <input type="checkbox"/> Muttersprache | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> schreiben                             | <input type="checkbox"/> Deutsch | <input type="checkbox"/> Muttersprache | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> sich mit anderen unterhalten          | <input type="checkbox"/> Deutsch | <input type="checkbox"/> Muttersprache | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> hören (z.B. nein: bei Gehörlosigkeit) | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> teilweise     | <input type="checkbox"/> nein |

- |  |                             |                                    |                               |
|--|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entscheidungen treffen                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> mit Stress und Krisensituationen umgehen            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> leiden Sie unter Ängsten , die Sie einschränken     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> leiden Sie unter Depressionen, die Sie einschränken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |

- |  |                             |                                    |                               |
|--|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> den Haushalt selbständig führen             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> selbständig Essen zubereiten                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> selbst Einkaufen gehen                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> sich selbständig Waschen                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> sich selbständig Anziehen                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> gut in der Familie zurechtkommen            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> gut mit den Kollegen zurechtkommen          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> gut mit dem Chef/Vorgesetzten zurechtkommen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> gut mit Untergebenen zurechtkommen          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Ihren Hobbys nachgehen                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> sich mit Freunden/Bekanntem treffen         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ihr Leben genießen                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> sich über Dinge freuen                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> nein |

### **3. Eigene Rehabilitationsziele:**

#### **Was wollen Sie nach der Reha besser können?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sitzen  | <input type="checkbox"/> Aufstehen                | <input type="checkbox"/> stehen           |
| <input type="checkbox"/> Gehen   | <input type="checkbox"/> Treppen steigen          | <input type="checkbox"/> heben und tragen |
| <input type="checkbox"/> Bus und Bahn fahren                           | <input type="checkbox"/> Auto fahren              |   |
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden                            | <input type="checkbox"/> Körperpflege durchführen |   |
| <input type="checkbox"/> Hausarbeit erledigen                          | <input type="checkbox"/> Besorgungen erledigen    |   |
| <input type="checkbox"/> den Beruf ausüben                             |   |   |
| <input type="checkbox"/> für Kinder und Angehörige sorgen              |   |   |
| <input type="checkbox"/> Sport treiben                                 |   |   |
| <input type="checkbox"/> ein Hobby ausüben                             |   |   |
| <input type="checkbox"/> mit der Erkrankung zurechtkommen              |   |   |
| <input type="checkbox"/> auf mich selbst achten                        |   |   |
| <input type="checkbox"/> mit Stress und seelischen Belastungen umgehen |   |   |
| <input type="checkbox"/> erfahren, was mir gut tut                     |   |   |

#### **Bei welchen weiteren wichtigen Zielen können wir Sie unterstützen?**

- mehr über Gesundheitsförderung im Bereich \_\_\_\_\_ erfahren
- meine körperliche Leistungsfähigkeit steigern
- besser schlafen
- durchsetzungsfähiger werden
- mich seelisch besser fühlen
- meine Ernährung gesundheitsbewusster gestalten
- Nichtraucher werden
- weniger Alkohol trinken
- weniger Angst haben
- mehr Antrieb haben
- weniger Schmerzen haben

#### **Möchten Sie sonst noch etwas durch die Rehabilitation erreichen?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- Ich habe keine Reha-Ziele

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_