

Aufnahme-Fragebogen zur Medizinischen Rehabilitation

Bitte unbedingt ausgefüllt zur ärztlichen Visite mitbringen !

Personliche Daten

Name, Vorname			Alter
Krankenkasse	Rentenversicherer	Größe	Gewicht
Rehaverordnung durch Dr.		wegen	

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

1.	
2.	
3.	

Therapien vor der Rehamaßnahme, Anzahl in den letzten 12 Monaten (oder seit der Operation)

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Massagen	<input type="checkbox"/> Elektrotherapie
<input type="checkbox"/> Spritzen	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Ärzte behandeln Sie derzeit ?

Name	genaue Adresse

Medikamenteneinnahme

<input type="checkbox"/> regelmäßig Name/Dosis	<input type="checkbox"/> unregelmäßig Name/Dosis

Verletzungen/ Unfälle mit Folgeschäden

Wann?	Welche?	Folgen?	Arbeits-/Wegunfall?

Operationen, Jahr?

<input type="checkbox"/> Blinddarm	<input type="checkbox"/> Mandeln	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Schilddrüse
<input type="checkbox"/> Magen <input type="checkbox"/> Darm	<input type="checkbox"/> Gallenoperation	<input type="checkbox"/> Blase	<input type="checkbox"/> Krampfadern
<input type="checkbox"/> Koronarer Bypass	<input type="checkbox"/> Arterien Bein	<input type="checkbox"/> Arterien Kopf	<input type="checkbox"/> Augenoperation
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	<input type="checkbox"/> Eierstöcke	<input type="checkbox"/> Brustdrüse	<input type="checkbox"/> andere:

Wirbelsäulen-/ Gelenkoperationen

Wann?	Welche?	Wo operiert?	Folgen?
Wann?	Welche?	Wo operiert?	Folgen?
Wann?	Welche?	Wo operiert?	Folgen?

Rehamaßnahmen / Kuren

Wann?	Wo?	Wegen?
Wann?	Wo?	Wegen?
Wann?	Wo?	Wegen?

Organsystemerkrankungen

	Was ? seit wann ?	Was ? seit wann ?	Was ? seit wann ?	Was ? seit wann ?
Herz-Kreislauf-System	koronare Herzkrankheit	Herzrhythmusstörungen	Bluthochdruck	arterielle Verschlüsse
	Thrombosen	Krampfadern		
Atemwege	chronische Bronchitis	Asthma bronchiale	Tuberkulose	chron. Nebenhöhlenentz.
Verdauungstrakt:	Magen/Duodenalgeschwür	Gallenwegserkrankungen	Durchfallerkrankungen	Darmentzündung
Nieren und ableitende Harnwege:	Steinleiden	Geschlechtskrankung	häufige Infekte	
Nervensystem	Multiple Sklerose	Schlaganfall	Sprechstörung	Polyneuropathie
Sinnesorgane	Lesebrille	Brille / Weitsichtigkeit	Brille / Kurzsichtigkeit	Hörgerät
Stoffwechsel, Hormone	Diabetes mellitus	Schilddrüsenfunktionsstörung	Blutfetterhöhung	Gicht
Andere?				
Sind Sie in einem DMP Programm?				

Gynäkologische Anamnese

erste Regelblutung	letzte Regelblutung vor	Geburten	letzte Vorsorge
--------------------	-------------------------	----------	-----------------

Vegetative Anamnese

Einschlafstörungen	Durchschlafstörungen		
Bestehen seelische Belastungen (Pflege von Angehörigen, Probleme am Arbeitsplatz o.ä.)			
Appetitlosigkeit	Heißhungerepisoden	Hitzewallungen	Schweißausbrüche
Verstopfung	Durchfälle	Störungen beim Wasserlassen	

Allergien/Überempfindlichkeiten

gegen Medikamente	gegen anderes
-------------------	---------------

Risikofaktoren

Nikotin: Zigaretten/Tag	Alkoholgenuß	Sport wie oft? Was?	Hobbys
-------------------------	--------------	---------------------	--------

Soziales

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet			
Kinder	<input type="checkbox"/> keine	Anzahl	Alter der Kinder:	
Personen im Haushalt	<input type="checkbox"/> Partner	Anzahl der Kinder	<input type="checkbox"/> andere:	
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Etage	<input type="checkbox"/> Aufzug
Beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> laufender Antrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wegen
Erwerbsfähigkeit gemindert?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, um%	wegen
Grad der Schwerbehinderung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> %	Merkmal z.B. "G"

Berufliche Entwicklung

Schulabschluss / Jahr	ohne	Hauptschule Jahr?	Realschule Jahr?	Abitur Jahr?
Zivildienst/Wehrdienst/Soz.Jahr	von		bis	
Ausbildung	als	von	bis	bei
1. Stelle	als	von	bis	bei
2. Stelle	als	von	bis	bei
3. Stelle	als	von	bis	bei
ggf. weitere Stellen	als	von	bis	bei
	als	von	bis	bei
	als	von	bis	bei
Arbeitslosigkeit	von bis		von bis	
derzeitige / letzte Tätigkeit	als	von	bis	bei
	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	Stunden/Tag	Stunden/Woche
	<input type="checkbox"/> Ich bin Hausfrau/ Hausmann		<input type="checkbox"/> Ich pflege Familienangehörige	

Beschreibung der derzeitigen bzw. letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit:

Berufliche Belastungen				<input type="checkbox"/> Schichtdienst
	<input type="checkbox"/> Zwangshaltungen	<input type="checkbox"/> überw. stehend	<input type="checkbox"/> überw. gehend	<input type="checkbox"/> überw. sitzend
	<input type="checkbox"/> Heben schwerer Lasten	<input type="checkbox"/> auf Gerüsten/Leitern	<input type="checkbox"/> im Knien/in der Hocke	<input type="checkbox"/> Zeitdruck/ Akkord
	<input type="checkbox"/> Lärmbelastung	<input type="checkbox"/> Temperaturbelastung	<input type="checkbox"/> Geruchsbelastung	<input type="checkbox"/>
Weg zum Arbeitsplatz	Verkehrsmittel	Wegezeit pro Richtung		

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten:

von	bis	wegen:
von	bis	wegen:

Medizinische Daten

Lateralität	<input type="checkbox"/> Rechtshänder	<input type="checkbox"/> Linkshänder	<input type="checkbox"/> umerzogener Rechtshänder
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/> Einnahme von Marcumar	<input type="checkbox"/> Einnahme von ASS o.ä.	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
Orthopädische Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> TENS-Gerät	<input type="checkbox"/> Muskelstimulation
	<input type="checkbox"/> Korsett/Mieder	<input type="checkbox"/> Schiene	<input type="checkbox"/> Gehstock
	<input type="checkbox"/> Schuherhöhung	<input type="checkbox"/> Einlagenversorgung	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe
Hilfebedarf	<input type="checkbox"/> Orientierung	<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> An/Auskleiden

Welche Rehabilitationsziele haben Sie?

Bitte formulieren Sie möglichst **konkrete** und **realistische** Ziele, z.B. was soll sich bessern, wieviel Besserung ist für Sie erstrebenswert?

1.
2.
3.
4.
5.