

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie demnächst zu einem Rehabilitationsaufenthalt in unserer Klinik begrüßen zu dürfen. Zur Vorbereitung Ihres Aufenthaltes bitten wir Sie, nachfolgende Fragebögen in Ruhe und mit Sorgfalt auszufüllen und anschließend an unsere Klinik zurückzuschicken. Dieses hilft Ihnen und uns, Ihre Anreise und Ihr Einleben in den Klinikablauf optimal vorzubereiten und stressfrei zu gestalten. Selbstverständlich werden Ihre Auskünfte streng vertraulich behandelt. Wir danken für Ihre Mithilfe.

Ihre Klinikleitung

Bitte senden Sie uns den Fragebogen umgehend ausgefüllt zurück.

Gerne können Sie uns den Bogen auch als pdf-Datei per Mail an reha-klinik.schwarzwald@drv-bund.de schicken. So können Sie auch bei verzögerter Postzustellung sicher sein, dass der Bogen rechtzeitig ankommt.

Bitte teilen Sie uns Ihre aktuellen Kontaktdaten mit!

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl, Wohnort
Tel. mit Vorwahl	E-Mail (kein Pflichtfeld)

Haben Sie die Reha angeregt? Oder wer? Mehrfachnennungen sind möglich:

Diese Rehabilitation wurde angeregt von: mir selbst behandelndem Arzt
 Krankenhaus Krankenkasse Arbeitsagentur Rentenversicherung

Jetzige Beschwerden: _____

Jetzige Einschränkungen: _____

Bisherige Diagnostik:

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

z. B. Untersuchung durch Orthopäden, Internisten, Neurologen, HNO-Arzt ...,
Röntgen, Computertomographie, Kernspintomographie:

Bisherige Rehamassnahmen und Anschlussheilbehandlungen (AHB)

nein ja - wie viele? _____

Wann und wo zuletzt? _____

Aus welchem Grund? _____

Sind **Allergien/Unverträglichkeiten** bekannt: nein ja, welche?

Welche weiteren Krankheiten sind bei Ihnen bekannt?

Bitte markieren Sie die für Sie zutreffenden Krankheiten und ergänzen ggf. dazu eine Jahreszahl:

z. B.:

X	Zuckerkrankheit	2006
---	-----------------	------

	Bluthochdruck	
	Zuckerkrankheit	
	Cholesterinerhöhung	
	Harnsäureerhöhung/Gicht	
	Herzinfarkt, KHK	
	Herzschrittmacher, Defi (ICD)	
	Atemwegserkrankung	
	Schilddrüsenleiden	
	Magen-Darmleiden	

	Chronische Infektionskrankheiten	
	Krebserkrankung	
	Psychische Erkrankungen	
	Schlaganfall	
	Epilepsie	
	Gelenkerkrankungen	
	Orthopädische Operationen	
	Wirbelsäulenleiden	
	Sonstige:	

Risikofaktoren

Nikotin: nein ja: Zigaretten _____ /Tag, seit _____ / insgesamt _____ Jahre lang;
 nicht mehr seit _____

Alkohol: nein gelegentlich an mehreren Tagen in der Woche täglich
Menge pro Tag (z. B. Bier, Wein ...) _____

Krankheiten in der Familie

Sind in Ihrer Familie Krankheiten bekannt, wie zum Beispiel Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Herzinfarkt, Schlaganfall, Bandscheibenleiden, Rheuma, Osteoporose, Krebsleiden, Nervenleiden oder Erbkrankheiten?

bei der Mutter: _____ beim Vater: _____

Vegetative Anamnese

Schlaf: gut Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Schlafmittel
 Schnarchen Atemaussetzer Tagesmüdigkeit

Stuhlgang: normal Verstopfung Abführmittel Durchfall

Wasserlassen: normal erschwert schmerzhaft Nachträufeln
 nachts nachts häufiger als 2x, wie oft? _____ Einnässen

Appetit: normal gering Abneigung gegen _____

Durst: normal gering erhöht, Trinkmenge ca. _____ Liter/Tag

Gewicht: konstant Zunahme um _____ kg, seit _____ Abnahme um _____ kg seit _____

veg. Zeichen: vermehrtes Schwitzen häufiges Frieren

Sexualfunktion: unauffällig verändert, und zwar: _____

Worin liegen Ihrer Meinung nach die Ursachen Ihrer jetzigen Erkrankung?

(z. B. Verschleiß, Stress, psychische Ursache...?) _____

Handelt es sich bei der Erkrankung, die zur Reha geführt hat um eine/n

Arbeits-/Wegeunfall Berufskrankheit

Schädigungsfolge durch Einwirkung Dritter z. B. Unfallfolge

Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst meldepflichtige Erkrankung

Sonstige Behandlungen

- Krankengymnastik Training im Fitnessstudio/medizinische Trainingstherapie
 Massagen Elektrotherapie manuelle Therapie
 Spritzen Akupunktur Psychotherapie
 andere Behandlungen _____

Hat sich dadurch eine Besserung ergeben? nein ja immer wieder kurzfristig

Allgemeine Sozialanamnese

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend
 geschieden verwitwet feste Partnerschaft

Kinder: _____ (Anzahl) erwachsen minderjährig im Alter von: _____

Wie viele Ihrer Kinder leben derzeit bei Ihnen im Haushalt? _____

Wie viele Ihrer Kinder müssen Sie finanziell unterstützen? _____

Beschreiben Sie Ihre **Wohnsituation** bezüglich Barrierefreiheit (z. B. 3 Stockwerke zu bewältigen ohne Aufzug): _____

Haben Sie ein unterstützendes **soziales Umfeld** z. B. Familie, Freunde, Kollegen? ja nein

Wie gestalten Sie Ihre **Freizeit**? _____

Bestehen **seelische** oder **soziale/familiäre** (durch Lebensumstände beeinflusste) **Belastungen**?

nein ja, welche: _____

Beruflicher Werdegang

Schulabschluss: keiner Hauptschule Mittlere Reife/POS Abitur im Ausland

Erlern(e) Beruf(e) oder Studium: _____ im Ausland

Bitte beschreiben Sie stichwortartig Ihren beruflichen Werdegang:

Zeitraum	Tätigkeit	Arbeitgeber

Jetzige /letzte Tätigkeit: _____ seit _____

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen den Arbeitsplatz gewechselt?

nein ja, warum? _____ wann? _____

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?

nein ja, warum? _____ wann? _____

Arbeitsplatzbeschreibung

Bitte grundsätzlich ausfüllen!

Auch wenn Sie momentan arbeitslos, arbeitssuchend, arbeitsunfähig, in Altersteilzeit oder Hausfrau/-mann sind oder eine EM-Rente beziehen, **die zuletzt ausgeübte Tätigkeit angeben.**

Aktueller/letzter Arbeitsplatz: _____ Arbeitszeit: _____ Stunden pro Woche, pro Tag _____

Welche Tätigkeiten führen/führten Sie während Ihrer Arbeit aus? Bitte geben Sie die durchschnittliche prozentualen Anteile der einzelnen Tätigkeiten an z. B. an der Kasse 30 %

Arbeitszeit / Arbeitsweise	Beanspruchung des Bewegungsapparates	Berufliches Kraftfahren
<input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit <input type="checkbox"/> Wechselschicht <input type="checkbox"/> Nachtschicht <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> maschinengebundener Takt	<input type="checkbox"/> überwiegend im Sitzen <input type="checkbox"/> überwiegend im Gehen und Stehen <input type="checkbox"/> oft in gebückter Stellung <input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen <input type="checkbox"/> häufiges Heben von Lasten <input type="checkbox"/> häufiges Klettern und Steigen <input type="checkbox"/> sonstige Beanspruchung:	<input type="checkbox"/> Pkw während der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Lkw mit Ladearbeiten <input type="checkbox"/> Lkw ohne Ladearbeiten _____ km pro Jahr
Äußere Einflüsse	Beanspruchung der Sinnesorgane	Sonstiges
<input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung <input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe <input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe <input type="checkbox"/> starker Lärm	<input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmtätigkeit <input type="checkbox"/> hohe Verantwortung für Personen <input type="checkbox"/> Anlagensteuerung (Überwachung) <input type="checkbox"/> Schwindelfreiheit erforderlich <input type="checkbox"/> Hintergrund-Störlärm	<input type="checkbox"/> häufige Reisetätigkeit <input type="checkbox"/> Erschütterungen und/oder Vibrationen <input type="checkbox"/> erhöhte Unfallgefahr durch _____

Wie beurteilen Sie die **körperliche Belastung an Ihrem Arbeitsplatz** insgesamt?

gering durchschnittlich stark sehr stark

Wie häufig müssen Sie durchschnittlich **pro Schicht** Lasten **heben oder tragen**?

Bitte schätzen Sie die **Zahlen** und tragen Sie diese in die Tabelle ein, z. B.: 10 – 15 kg 20x

bis 10 kg	10 – 15 kg	15 – 20 kg	20 – 25 kg	25 – 50 kg	mehr als 50 kg

Ist Ihr **Büroarbeitsplatz** gut eingerichtet? ja nein

Wie erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz (welches **Verkehrsmittel**)? _____

Wie weit ist Ihr **Weg zur Arbeit** (einfache Strecke)? _____

Sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz **zufrieden**? ja nein, warum nicht? _____

Soziale Belastungen / Konflikte am Arbeitsplatz? nein ja, welche: _____

Gibt es einen **Betriebsarzt**? ja nein

Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig?

nein ja, krankgeschrieben seit _____ wegen _____

Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten: insgesamt ca. _____ Wochen

keine bis unter 3 Monate 3 bis unter 6 Monate 6 und mehr Monate

von _____ bis _____ Grund? _____

von _____ bis _____ Grund? _____

Bestehen aufgrund gesundheitlicher Beschwerden **Einschränkungen im Berufsleben?**

nein ja und zwar: _____

Falls ja, nennen Sie Aktivitäten bei denen Sie beruflich eingeschränkt sind (z. B. Arbeiten über Kopf, Heben, Tragen, langes Sitzen, langes Stehen)

Tragen Sie bitte im Kästchen rechts ein wie stark die Einschränkung ist.

1= leicht ausführbar, 2 = anstrengend, 3 = schwer, 4 = sehr schwer, 5 = (fast) unmöglich auszuführen

Sehen Sie sich der Fortführung Ihrer jetzigen (bzw. zuletzt ausgeübten) Tätigkeit gewachsen?

ja nein, weil _____

Beeinträchtigungen im Alltag

Bestehen durch Ihre Krankheiten **Beeinträchtigungen im Alltagsleben**? nein ja

Es bestehen **Beeinträchtigungen bei**:

Freizeittätigkeiten/ Hobbies Gartenarbeit familiären Aktivitäten

Beeinträchtigungen, und zwar: _____

Besteht eine Einschränkung, bestimmte **Körperhaltungen** einzunehmen z. B. Knien, Stehen,

Bücken, Überkopparbeiten....? nein ja, und zwar: _____

bei längerem Heben oder Tragen bei langem Sitzen bei langem Stehen

Besteht eine Einschränkung der **Mobilität**? nein ja

Wie weit bzw. wie lange können Sie gehen (Kilometer bzw. Stunden)? _____

Wie viele Treppenstufen/Stockwerke können Sie bewältigen? _____

Besteht eine Einschränkung bei Gesprächen, bei der **Kommunikation**, beim Lernen von Neuem,

beim Lesen oder Schreiben? nein ja, und zwar: _____

Deutsch ist nicht die Muttersprache und bereitet Schwierigkeiten. Ich spreche _____

Besteht eine Einschränkung bei der **Planung und Organisation** des Alltags?

nein ja, und zwar: _____

Bestehen Schwierigkeiten beim **Umgang mit psychischen Anforderungen**,
wie Stress, Krisen oder Konflikten?

nein ja, und zwar: _____

Wirken sich Ihre Einschränkungen auf die Bewältigung des **häuslichen Lebens** aus?

nein ja, und zwar: _____

Staub saugen Fenster putzen Wäsche aufhängen Geschirr spülen Einkaufen

Bestehen Einschränkungen bei der **Selbstversorgung**? Wie bei:

Körperpflege An-/Auskleiden Schuhe/Strümpfe anziehen

Therapie-Ziele

Was möchten Sie in der Reha bei uns erreichen?

Bitte nennen Sie uns auch ein für Sie reizvolles und erstrebenswertes, konkretes Ziel, das Sie in der Reha erreichen können! Die Veränderungen sollten für Sie und für uns messbar sein.

Haben Sie noch weitere Rehazielen?

Wenn Sie möchten, können Sie aus untenstehenden Vorschlägen auch maximal 3 für Sie bedeutsame Ziele ankreuzen. Ergänzen Sie gerne, was das für Sie persönlich und konkret heißt.

Körperliche Leistungsfähigkeit

- Kraft und Beweglichkeit verbessern
- Körperliche Belastbarkeit und Ausdauer steigern
- Linderung von Atemnot, Husten und Auswurf
- Lernen, mit Schmerzen umzugehen

Berufliche Situation

- Erarbeitung von beruflichen Perspektiven
- Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung

Lebensstiländerung

- Lernen, mit Stress umzugehen, um ins innere Gleichgewicht zu kommen
- Regelmäßige Bewegung in den Alltag einbauen
- Wie kann ich mich gesund und bewusst ernähren?
- Strategien im Umgang mit Genussmitteln erwerben (Zigaretten, Alkohol)

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte füllen Sie auch noch die nächste Seite (S. 12) aus.

Selbsteinschätzung zu psychosozialen Problemlagen von Rehabilitanden in der somatischen Rehabilitation

	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Depressivität	1. wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ängste	3. Nervosität, Ängstlichkeit, Gereiztheit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4. nicht in der Lage, Ihr Grübeln zu unterbrechen oder zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schmerz	5. starke oder sehr starke körperliche Schmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	6. körperliche Schmerzen hinderten mich, ein normales Leben zu führen (Haushalt, Freizeit, Beruf u.a.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Familie	Familiäre oder private Belastungen	überhaupt nicht	etwas	eher mehr	stark oder sehr stark
	7. Leiden Sie gegenwärtig unter besonderen familiären bzw. privaten Belastungen oder Konflikten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beruf	Berufliche Belastungen	überhaupt nicht	eher weniger	eher mehr	stark oder sehr stark
	8. Leiden Sie gegenwärtig unter besonderem beruflichen Stress (Zeitdruck, Überforderung, Konflikte, Angst um Arbeitsplatz, Unzufriedenheit mit Arbeit, anderes)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Motivation	Psychologische Betreuung in der Reha	nicht wichtig	wenig wichtig	eher wichtig	besonders wichtig
	9. Wie wichtig sind Ihnen psychologische Therapieangebote in Ihrer Rehabilitation?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3