

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.:

<b>X</b>	<b>Zuckerkrankheit</b>	<b>2006</b>
----------	------------------------	-------------

<input type="checkbox"/>	<b>Bluthochdruck</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Zuckerkrankheit</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Cholesterinerhöhung</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Harnsäureerhöhung/Gicht</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Herzinfarkt, KHK</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Herzschrittmacher, Defi (ICD)</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Atemwegserkrankung</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Schilddrüsenleiden</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Magen-Darmleiden</b>	

<input type="checkbox"/>	<b>Chronische Infektionskrankheiten</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Krebserkrankung</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Psychische Erkrankungen</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Schlaganfall</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Epilepsie</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Gelenkerkrankungen</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Orthopädische Operationen</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Wirbelsäulenleiden</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstige:</b>	

### 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: \_\_\_\_\_

## Arbeits- und Berufsanamnese

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig. Sind Sie...

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> erwerbstätig   | <input type="checkbox"/> angestellt   | <input type="checkbox"/> selbständig                       |
| <input type="checkbox"/> in Vollzeit  | <input type="checkbox"/> in Teilzeit  | <input type="checkbox"/> Minijob                           |
| <input type="checkbox"/> Befristung   | <input type="checkbox"/> Aufhebungsvertrag  | <input type="checkbox"/> Kündigung zum _____               |
| <input type="checkbox"/> arbeitslos seit _____  | <input type="checkbox"/> arbeitssuchend gemeldet                                  | <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann seit _____         |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I-Bezug   | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II-Bezug                                | <input type="checkbox"/> ohne Bezüge/Entgeltersatz         |
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung seit _____   | Ausbildungsziel _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Altersteilzeitregelung   | <input type="checkbox"/> aktive Phase ab _____                                    | <input type="checkbox"/> passive Phase von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Altersrentner/in, seit _____   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Rentner/in wegen <input type="checkbox"/> voller Erwerbsminderung seit _____ | wegen _____ befristet bis _____   |  |
|   | <input type="checkbox"/> teilw. Erwerbsminderung seit _____                       | wegen _____ befristet bis _____                            |
|   | <input type="checkbox"/> teilw. Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit seit _____ |  |

**Haben Sie einen Antrag auf berufliche Rehabilitation (LTA) gestellt?**

- nein       ja, wann: \_\_\_\_\_ angestrebt wird: \_\_\_\_\_

Haben Sie bisher schon Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation erhalten?

- nein       ja, wann: \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** gestellt?

- nein       ja, wann: \_\_\_\_\_

Bestehen derzeit **Sozialrechtsstreitigkeiten**?

- nein       ja, welche: \_\_\_\_\_

Wurde ein **GdB** (Versorgungsamt) oder **MdE** (Berufsgenossenschaft) anerkannt?

- Wenn ja:       GdB \_\_\_\_\_       Gleichstellung       MdE \_\_\_\_\_

aufgrund von: \_\_\_\_\_

### 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 %

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>Arbeitszeit / Arbeitsweise</b>	<b>Beanspruchung des Bewegungsapparates</b>	<b>Berufliches Kraftfahren</b>
<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
<b>Äußere Einflüsse</b>	<b>Beanspruchung der Sinnesorgane</b>	<b>Sonstiges</b>
<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, Überkopfarbeiten....?  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
<b>Depressivität</b>	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
<b>Ängste</b>	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
<b>Schmerz</b>	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
<b>Familie</b>	<b>Familiäre oder private Belastungen</b>	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
<b>Beruf</b>	<b>Berufliche Belastungen</b>	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
<b>Motivation</b>	<b>Psychologische Betreuung in der Reha</b>	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