

Anamnesefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um einen möglichst genauen Überblick über Ihre Beschwerden und Einschränkungen zu bekommen und damit eine möglichst optimale Behandlung einleiten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen und zur stationären Aufnahme mitzubringen.

Bitte nehmen Sie sich dazu Zeit. Vielen Dank!

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Wer hat die Reha-Maßnahme angeregt?

Arzt Krankenhaus Krankenkasse Rentenversicherung Eigeninitiative

Jetzige Beschwerden und Einschränkungen

Wo haben Sie Beschwerden?

.....
.....

Wodurch/wann verschlechtern sich die Beschwerden?

.....
.....

Wodurch/wann bessern sich die Beschwerden?

.....
.....

Welchen Charakter haben derzeit Ihre Schmerzen?

Ruhschmerz Nächtlicher Schmerz Anlaufschmerz Schmerzen bei Bewegung
Schmerzen bei Belastung Schmerzen beim Atmen Schmerzen beim Husten/Niesen

Werden Sie durch die Schmerzen wach und können nicht mehr durchschlafen? nein ja

Leiden Sie an morgendlicher Steifigkeit der Gelenke oder der Wirbelsäule?

nein ja Falls ja, wie lange dauert die morgendliche Steifigkeit?

In welcher Region ist die Steifigkeit besonders? Hände Rücken Sonstige Überall

Wie stark sind Ihre Schmerzen zur Zeit? (0=keine Schmerzen --- 10=stärkste vorstellbare Schmerzen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was fällt Ihnen besonders schwer?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie wurden Ihre Beschwerden bisher behandelt?

Operation: Wenn ja, bitte angeben, wann und welche Operation(en)?

nein ja:

Krankenhausaufenthalte?

nein ja:

Frühere Reha-Maßnahmen?

nein ja:

Sind Sie in einer Selbsthilfegruppe, z.B. Rheuma-Liga? Machen Sie Funktionstraining oder Rehasport?

nein ja:

Werden/wurden Hilfsmittel verwendet, z.B. Gehhilfen, Schuhzurichtungen, Bandagen, Korsette etc.?

nein ja:

Wurde eine der folgenden Therapieformen bisher eingesetzt? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Krankengymnastik	war gut	war weniger gut	mache ich zur Zeit
Thermalbad	war gut	war weniger gut	mache ich zur Zeit
Massagen	war gut	war weniger gut	mache ich zur Zeit
Lymphdrainagen	war gut	war weniger gut	mache ich zur Zeit
Elektrotherapie	war gut	war weniger gut	mache ich zur Zeit
Wärmebehandlung	war gut	war weniger gut	mache ich zur Zeit
Kältetherapie	war gut	war weniger gut	mache ich zur Zeit
Ergotherapie	war gut	war weniger gut	mache ich zur Zeit
.....	war gut	war weniger gut	mache ich zur Zeit
.....	war gut	war weniger gut	mache ich zur Zeit

Derzeitige Medikamente:

Gab es Medikamente, die Sie nicht vertragen haben?

Behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung, Ort):

Liegen bei Ihnen weitere Erkrankungen vor?

Herz: z.B. Verengung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen

Kreislauf: z.B. Blutdruck: zu hoch, zu niedrig; Ohnmachtsanfälle

Gefäße: z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen

Stoffwechsel: z.B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes, erhöhte Harnsäurewerte, Gicht, erhöhte Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankung

Haut: z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte

Lunge: z.B. chronische Bronchitis, Asthma

Magen/Darm: z.B. Sodbrennen, Magengeschwüre, Darmentzündungen

Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse: z.B. Lebervergrößerung, Gelbsucht, Gallensteine, Koliken

Niere/Harnblase: z.B. Nierensteine, häufige Blasenentzündungen

Nervensystem und Psyche: z.B. depressive Erkrankungen, Missempfindungen, Zittern

Skelettsystem: z.B. Osteoporose, Knochenbrüche, Verletzungen

Sonstige

Vegetative Funktionen

Gewicht: gleichbleibend zunehmend abnehmend
 seit um ca. kg?
 falls abnehmend: absichtliche Gewichtsabnahme unbeabsichtigte Gewichtsabnahme

Appetit: normal schlecht
Wasserlassen: normal häufig schmerzhaft Harnträufeln
Stuhlgang: normal Verstopfung Durchfälle Blähungen
Schlaf: normal wechselnd Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
Schwitzen: normal eher stark eher schwach Hitzewallungen
Allergien: nein ja Wogegen?

Risikofaktoren

Trinken Sie Alkohol? nein selten gelegentlich regelmäßig
Wie viel?

Rauchen Sie? nein ja Falls ja, wie viel?

Leiden Sie unter Stress? nein ja Falls ja, warum?

Allgemeine Sozialanamnese

 alleinlebend verheiratet fester Partner verwitwet geschieden alleinerziehend
Anzahl der Kinder: im Alter von: davon im Haushalt lebend:

Bestehen besondere Belastungen, z.B. Wohnsituation, finanzielle Situation, chronische Konflikte oder Belastungen im familiären oder sozialen Umfeld, kritische Lebensereignisse, Pflege von Angehörigen?

nein

ja, und zwar:

.....
.....

Benötigen Sie Hilfe bei der häuslichen Versorgung? nein ja

Falls ja, wobei und von wem?

Ist Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) zuerkannt worden?

nein

ja

..... %, wegen:

Beziehen Sie bereits eine Rente?

nein

ja, seit

volle Erwerbsminderungs-Rente

teilweise Erwerbsminderungs-Rente

Berufsunfähigkeits-Rente

Altersrente

BG-Rente nach Arbeitsunfall oder bei anerkannter Berufskrankheit

Haben Sie eine Rente beantragt?

nein

ja, / (Monat/Jahr)

falls ja, welche :

Erwerbsminderungs-Rente

Altersrente, ab: / (Monat/Jahr)

Private Berufsunfähigkeits-Rente

Haben Sie eine Umschulung beantragt?

nein

ja

Falls ja, wann und welcher Beruf?

Arbeitsanamnese

Schulabschluss:

Erlerner Beruf:

Stehen Sie derzeit in einem Arbeitsverhältnis?

ja nein, beendet am

wegen

In welchem Beruf sind oder waren Sie zuletzt tätig und seit wann?

Berufsbezeichnung/Tätigkeit seit

selbständig angestellt ich bin derzeit arbeitslos ich bin derzeit Hausfrau/Hausmann

Arbeitgeber:

Arbeitszeit: Vollzeit Teilzeit Stunden je Woche

Schichtarbeit: nein ja

Fallen häufig Überstunden an? nein ja, Stunden je Woche

Welchen der folgenden Belastungsfaktoren sind oder waren Sie an Ihrem Arbeitsplatz ausgesetzt?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---------------------------------|--|
| schweres Heben und Tragen | andere körperlich schwere Arbeit |
| häufiges Bücken | ununterbrochenes Sitzen |
| langes Gehen und Stehen | Gehen auf unebenem Gelände |
| Steigen von Treppen und Leitern | Besteigen von Gerüsten |
| Überkopfarbeiten | Bildschirmarbeit, ca. Stunden/Tag |
| häufige und lange Autofahrten | Arbeiten im Hocken oder Knien |
| Fließbandarbeit | Akkordarbeit |
| Stress | Schichtarbeit |
| Nachtarbeit | Außendienst |

Was fällt Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz besonders schwer?

.....
.....

Wie erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz?

Eigenes Auto Bus/Bahn Fahrrad zu Fuß

Wie lange benötigen Sie für den Weg zur Arbeit?

Wie stark fühlen Sie sich durch Ihren Gesundheitszustand in Ihrer Arbeit beeinträchtigt?

(0=sehr gering --- 10=sehr stark)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie ist das Verständnis für Ihre Erkrankung, wird darauf Rücksicht genommen?

sehr gut im Wesentlichen gut eher schlecht sehr schlecht

Was könnte nach Ihrer Einschätzung in Ihrem Betrieb getan werden, damit Sie an Ihrem Arbeitsplatz besser zurecht kommen?

Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an!

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich ...

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann | <input type="checkbox"/> eine Rente beantragen/bekommen werde |
| <input type="checkbox"/> in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann | <input type="checkbox"/> arbeitslos sein werde |
| <input type="checkbox"/> eine andere Arbeit suchen will | <input type="checkbox"/> krankgeschrieben sein werde |
| <input type="checkbox"/> überhaupt nicht mehr arbeiten kann | <input type="checkbox"/> ich weiß es noch nicht |

Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?

nein ja, arbeitsunfähig seit wegen

Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben? nein ja

Falls ja: Wie lange waren Sie insgesamt krankgeschrieben?

unter 1 Woche 1-6 Wochen 7-12 Wochen 13-26 Wochen über 26 Wochen

Beziehen Sie derzeit, vor Beginn der Rehabilitation:

Lohn/Gehalt Krankengeld Arbeitslosengeld sonst. Leistungen kein Einkommen

Welche anderen für Sie wichtigen Tätigkeiten können Sie nicht mehr oder nur mit Mühe ausüben?

Im Haushalt:

keine Einschränkungen

ja, folgende Tätigkeiten kann ich nicht mehr oder nur mit Mühe ausüben:

In der Freizeit:

keine Einschränkungen

ja, folgende Tätigkeiten kann ich nicht mehr oder nur mit Mühe ausüben:

Welche Ziele möchten Sie in der Rehabilitation erreichen?

Bitte zutreffende Ziele auswählen und erläutern! Mehrfachnennungen sind möglich

Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Beispiel: Ausdauer; Beweglichkeit

und zwar:

.....
.....

Steigerung der mentalen/geistigen Leistungsfähigkeit

Beispiel: Konzentrationsfähigkeit

und zwar:

.....
.....

Steigerung der psychischen/seelischen Leistungsfähigkeit

Beispiel: Reduktion von Ängstlichkeit; Stressbewältigung

und zwar:

.....
.....

Klärung oder Besserung der beruflichen/sozialen Situation

Beispiel: Beratung zur Ausstattung des Arbeitsplatzes; Qualifizierung, Umschulung

und zwar:

.....
.....

Erlernen von Fähigkeiten im Umgang mit meiner Erkrankung

Beispiel: Schmerzbewältigung, Krankheitsinformation, Blutdruckmessung

und zwar:

.....
.....

Verhaltensänderungen

und zwar:

mehr Bewegung/Sport

Ernährungsumstellung

Gewichtsabnahme

Tabakentwöhnung

sonstige Verhaltensänderungen, und zwar

Sonstige Rehabilitationsziele

.....
.....

Wenn Sie mehrere Rehabilitationsziele genannt haben, welches sind die drei wichtigsten Ziele für Sie?

1.

2.

3.