

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig, vollständig und frühestens eine Woche vor Anreise aus und bringen ihn zur Aufnahme mit.

1.1 Jetzige Beschwerden: Bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten, unter welchen körperlichen, geistigen und seelischen Beschwerden Sie im Alltagsleben im Moment vor allem leiden:

1.2 Entwicklung der Beschwerden: Bitte beschreiben Sie kurz, wann die Beschwerden begannen, wie sie sich im Verlauf entwickelt haben, durch welche Umstände sie beeinflusst wurden und welche Behandlungsversuche bisher unternommen wurden:

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Medikamentenname und Dosierung (z.B. ASS 100 mg 1-0-0-0)	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Bitte geben Sie hier alle behandelnden Ärzt:innen & Therapeut:innen an, die in die Behandlung Ihrer aktuellen Problematik eingebunden sind:

Name	Fachgebiet	Adresse

1.3 Weitere Erkrankungen / Operationen / Unfälle:

Bitte tragen Sie weitere wichtige medizinische Informationen, die Sie vorab nicht beschrieben haben, in folgende Tabelle ein:

Jahr	Körperliche und psychische Erkrankungen, Operationen, Unfälle, Krankenhausaufenthalte, Erstfeststellung einer bleibenden Erkrankung (z.B. Diabetes, Bluthochdruck)

Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

Allergien	☐ keine bekannt	☐ ja, gegen:
Medikamenten-unverträglichkeit	☐ keine bekannt	☐ ja, gegen:

1.4 Lebensgeschichtliche Aspekte:

Bitte beschreiben Sie kurz prägende Beziehungserfahrungen, Erlebnisse oder Ereignisse aus Ihrer Lebensgeschichte, wenn Sie denken, dass diese für Ihre Erkrankung von Bedeutung sind:

1.5 Vegetative Funktionen:

Bitte füllen Sie die folgende Tabelle zu allgemeinen Körperfunktionen aus:

Appetit	☐ normal	☐ vermindert ☐ gesteigert
Durst	☐ normal	☐ vermindert ☐ gesteigert
Gewicht	☐ konstant _____ kg	im letzten Jahr habe ich _____ kg zugenommen _____ kg abgenommen
Körpergröße	_____ cm	Ich bin kleiner geworden um _____ cm
Stuhlgang	☐ unauffällig, normal	☐ Verstopfungen ☐ Durchfälle ☐ Blut im Stuhl ☐ Schwarzfärbung
Wasserlassen	☐ unauffällig, normal	☐ häufiger Harndrang ☐ Nachtröpfeln ☐ Verzögerter Harnstrahl ☐ Brennen ☐ nächtliches Wasserlassen, etwa _____ x/Nacht
Schlaf	☐ normal, erholsam	☐ Ich schnarche ☐ Einschlafstörungen ☐ Durchschlafstörungen ☐ ...wegen Schmerzen ☐ ...wegen Grübelneigung ☐ Ich fühle mich morgens zerschlagen ☐ Ich leide unter lästiger Tagesmüdigkeit

2.1 Soziale Situation:

Bitte füllen Sie die folgende Tabelle zu Ihren aktuellen Lebensumständen aus:

Ich bin ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ in fester Partnerschaft	
Mein/ (Ehe)-Partner/in ist ☐ berufstätig ☐ arbeitssuchend ☐ Rentner/in	
Kinder: (Anzahl) _____ Kinder im Alter von _____ bis _____ Jahren. Die Kinder wohnen ☐ mit im Haushalt ☐ bei leiblicher/n Mutter / Vater ☐ außerhäusig	
Fahrerlaubnis ☐ PKW ☐ LKW ☐ kein Führerschein	
Ich habe ☐ einen eigenen PKW ☐ keinen PKW ☐ wir haben einen Familien-PKW	
Ich lebe ☐ allein ☐ mit Partner/in / Familie	
Ich lebe in ☐ einer Mietwohnung ☐ einer Eigentumswohnung ☐ einem eigenen Haus	
Ich bin mit der Wohnsituation ☐ zufrieden ☐ nicht zufrieden	
Ich habe bei der häuslichen Versorgung ☐ keine Hilfe ☐ Unterstützung durch ambulante Pflege	
Bei der Bewältigung von Belastungen werde ich unterstützt von:	

Grad der Behinderung (GdB) / Grad der Schädigungsfolgen (GdS) ☐ <u>Keinen</u> GdB/S ☐ GdB/S von (z.B. 40) _____ ☐ GdB/S beantragt	
Berentung ☐ Ich habe <u>keinen</u> Rentenantrag gestellt. ☐ Ich bin auf Dauer berentet seit _____ ☐ Ich habe <u>einen</u> Rentenantrag gestellt. ☐ Ich beziehe eine befristete Rente bis _____ ☐ Mein Rentenantrag wurde abgelehnt. ☐ Ich befinde mich im Widerspruchs-/Klageverfahren.	

Risikofaktoren:

Ernährung	☐ Ich achte auf gesunde, ausgewogene Kost ☐ Ich denke, dass ich zu viel esse ☐ Ich denke, dass ich mich ungesund ernähre: ☐ zu viel Süßes ☐ zu viel Fett ☐ zu viel Fleisch ☐ zu wenig Gemüse, Obst	
Bewegung	☐ Ich betreibe Sport ____x/ Wo für ca. ____Minuten	☐ Ich betreibe keinen Sport
Alkohol	☐ keinen ☐ keinen mehr seit ____Jahren	☐ gelegentlich z. B. bei Feierlichkeiten ☐ regelmäßig ☐ täglich: welche Sorte: wie viele Gläser:
Tabakkonsum	☐ keinen ☐ keinen mehr seit ____Jahren	Ich rauche ☐ Zigaretten ☐ Zigarren ☐ Pfeife Durchschnittliche Anzahl am Tag: _____ Seit wie vielen Jahre insgesamt? _____
weitere Suchtmittel	☐ keine ☐ keine mehr seit ____Jahren	☐ gelegentlich ☐ regelmäßig Welche:
Stressbelas- tung	☐ kaum	☐ deutlich ☐ sehr stark

Gibt es etwas, das Ihre aktuelle Lebenssituation besonders belastend macht?

2.2 Berufstätigkeit: (bei dauerhafter Berentung ist das Ausfüllen nicht erforderlich)

Meine aktuelle bzw. letzte berufliche Tätigkeit:

- ☐ Ich bin **aktuell arbeitslos** seit _____
☐ Ich bin **aktuell Hausfrau/Hausmann**
☐ Ich bin **aktuell erwerbstätig** mit _____ Wochenstunden.
☐ Ich bin zufrieden mit dem Arbeitsplatz.
☐ Ich bin nicht zufrieden mit dem Arbeitsplatz.

Erreichen des Arbeitsplatzes mit:

- ☐ Fahrrad, zu Fuß ☐ öffentl. Verkehrsmitteln ☐ PKW
 Fahrzeit _____ Stunden

- ☐ Ich bin aktuell nicht krankgeschrieben.

- ☐ Ich bin aktuell **krankgeschrieben** seit _____ wegen _____

Krankschreibungszeiten in den letzten 12 Monaten: ca. _____ Wochen

Meine zuletzt ausgeübte Tätigkeit traue ich mir...

- ☐ ... weiter zu ☐ ... vorübergehend, aber nicht mehr auf Dauer
☐ ... überhaupt nicht mehr

- ☐ Ich glaube, dass meine **berufliche Situation wesentlich zu meiner Erkrankung beigetragen** hat.

- ☐ Mir wäre wichtig, dass die konkreten Anforderungen meines Berufes bei der Behandlungsplanung im Vordergrund stehen.

Zeitlicher Umfang der Anforderungen in der aktuellen Tätigkeit

Bei Arbeitslosigkeit gilt die letzte Tätigkeit (nicht ABM oder Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung)

	ständig (> 90 %)		überwie- gend (51 - 90%)		häufig (21 - 50%)		zeitweise (5 - 20%)		gelegentlich oder nie (< 5%)	
Stehen										
Gehen										
Sitzen										
Überkopfarbeit										
Arbeiten auf Leitern / Gerüsten										
Knien / Hocken										
Bücken										
Heben von Lasten über 10 kg										
Heben von Lasten über 15 kg										
Zugluft, Kälte, Nässe										
Zeitdruck										
Schichtdienst										
Stressbelastung										
Sonstige Belastung:										

Bitte beantworten Sie noch folgende Fragen zu Ihrem beruflichen Werdegang:

Berufsausbildung als	von – bis	Art der abgelegten Prüfung	Prüfung bestanden?

Fortbildung zum / als	von – bis	Art der abgelegten Prüfung	Prüfung bestanden?

Umschulungsberuf	von – bis	Art der abgelegten Prüfung	Prüfung bestanden?
Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung? Wo erfolgte die Umschulung? Wer war Kostenträger der Umschulung?			

Bisher ausgeübte Tätigkeiten („Lebenslauf“), bitte ggf. separat beifügen.

von – bis	Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)

2.3 Einschränkungen im beruflichen und privaten Alltagsleben:

Bitte beschreiben Sie im Folgenden, bei welchen konkreten Tätigkeiten im beruflichen und privaten Alltag Sie sich durch Ihre Beschwerden besonders beeinträchtigt fühlen. Was können Sie nicht mehr bzw. nur noch eingeschränkt durchführen – und welche Beschwerden sind dafür verantwortlich?

Ihre Behandlungsziele:

Sicherlich haben Sie bereits darüber nachgedacht, was Sie in der Rehabilitationsmaßnahme für sich erreichen wollen. Nach unserer Erfahrung geht es dabei nicht nur um die Besserung von körperlichen und seelischen Beschwerden, sondern auch um die verbesserte Bewältigung beruflicher und privater Alltagsanforderungen. **Aus diesem Grund unterscheiden wir bei den Behandlungszielen folgende vier Bereiche und wir möchten Sie bitten, in jedes Feld der folgenden Tabelle zumindest ein für Sie persönlich wichtiges Ziel einzutragen:**

1. Seelisch: Bei welcher seelischen Problematik wollen Sie eine Besserung erreichen? (z. B. Erschöpfung, Antriebsstörung, Angst, Trauer, Verlust, Selbstwertzweifel)
2. Körperbezogen: Bei welcher körperlichen Problematik wollen Sie eine Besserung erreichen? (z. B. Schmerz, Luftnot, Trainingsmangel)
3. Dazulernen: Zu welchen Bereichen brauchen Sie mehr Information oder Übung? (z. B. meine Erkrankung, Stressbewältigung, Selbstfürsorglichkeit, Entspannung)
4. Alltagsbezogen: In welchen Lebensbereichen möchten sie wieder handlungsfähiger werden und sich besser entfalten können? (z. B. Ausübung des Berufs, Umgang mit Menschen)

Was glauben Sie, wer bzw. was Ihnen bei der Erreichung Ihrer Ziele helfen könnte:	
☐ Arzt / Ärztin ☐ Psychotherapeutische Gespräche ☐ Physiotherapie, Sport und Bewegung ☐ Gruppenangebote z. B. Gesprächsgruppe, Seminare ☐ Informationen aus den Medien z. B. Fernsehen, Bücher, Broschüren	☐ Ich selbst ☐ Partner/Partnerin ☐ Freunde, Verwandte ☐ Entspannung ☐ Sonstige(s) _____
Wie groß ist Ihre Erwartung, Ihr Problem bewältigen zu können:	
☐ Ich bin völlig sicher, es zu bewältigen. ☐ Ich bin hin und hergerissen, ob ich es schaffe.	☐ Ich glaube schon, dass es mir gelingt. ☐ Ich habe große Zweifel.

Zum Abschluss möchten wir Sie bitten noch zwei Fragebögen zu beantworten. Der erste beschäftigt sich mit seelischer Erschöpfung, der zweite mit Ihrer beruflichen Situation:

Gesundheitsfragebogen (PHQ9)				
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
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g. Schwierigkeit, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Englische Version: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Fragebogen zur Berufstätigkeit (SIMBO)

SI 1. Bitte geben Sie Ihr Geburtsdatum an.

(Tag) (Monat) (Jahr)

.

.

SI 2. Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?

- 1 ☐ ganztags berufstätig

2 ☐ mindestens halbtags berufstätig

3 ☐ weniger als halbtags berufstätig

4 ☐ Hausfrau/-mann

5 ☐ arbeitslos/erwerbslos —seit—> (Monat) . (Jahr)

6 ☐ Rentner wegen Erwerbsminderung

7 ☐ Altersrentner

8 ☐ aus anderen Gründen nicht erwerbstätig

SI 3. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?

0 ☐ nein 1 ☐ ja —falls ja —> seit Wochen

SI 4. Waren Sie im letzten Jahr krankgeschrieben?

0 ☐ nein 1 ☐ ja —falls ja —> insgesamt (0 - 52 Wochen)

SI 5. Wie stark sind Sie durch Ihre Schmerzen in Ihrer Arbeit beeinträchtigt? Der Begriff der Arbeit bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben. Er schließt unbezahlte Arbeiten, wie die einer Hausfrau oder die eines Praktikanten, ein. (Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Beeinträchtigung, ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.)

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

SI 6. 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 ...

	trifft zu		trifft zu
in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann.	☐ 1	eine Rente beantragen/bekommen werde.	☐ 1
in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann.	☐ 1	arbeitslos sein werde.	☐ 1
eine andere Arbeit suchen will.	☐ 1	krankgeschrieben werde.	☐ 1
überhaupt nicht mehr arbeiten kann.	☐ 1	Ich weiß es noch nicht.	☐ 1

SI 7. Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

Ich hoffe, dass ...	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
man hier endlich Zeit für mich haben wird.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SIMBO - Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. *Streibelt, M. & Müller-Fahrnow, W. (2005)*