

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen
Aufnahmefragebogen

VAMED Rehaklinik Bad Ems
Viktoriaallee 27, 56130 Bad Ems
T +49 2603 978-0, F +49 2603 978-457
info.bad-ems@vamed-gesundheit.de
www.vamed-gesundheit.de/bad-ems

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in Kürze beginnen Sie eine Rehabilitation in unserer Klinik. Als Vorbereitung sowie zur Verkürzung des Aufnahmeverfahrens bitten wir Sie, diesen Fragebogen im Vorfeld zu Hause in aller Ruhe vollständig und gut leserlich auszufüllen und möglichst vor Antritt Ihres Klinikaufenthaltes in der VAMED Rehaklinik Bad Ems an uns zurückzusenden oder ihn bei Ihrer Anreise an der Rezeption abzugeben. Falls der vorgesehene Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

I Angaben zur Person

Name Vorname

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Straße PLZ

Ort Telefon

Name, Anschrift und Telefonnummer des Angehörigen, der im Notfall zu verständigen ist

Krankenkasse

Rentenversicherungsnummer

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja nein Wenn ja, welche?

Hausarzt:

Herr/Frau Name Telefon

Straße, PLZ, Ort

I.1 Ihre aktuellen Beschwerden

Bitte beschreiben Sie kurz und stichwortartig Ihre aktuellen Beschwerden und seit wann diese bestehen:

I.2 Welche Behandlungen wurden aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung durchgeführt? (bitte ankreuzen)

Behandlungen:

erfolgreich:

Krankengymnastik/Physiotherapie:

ja nein nicht erfolgt

Psychotherapie:

ja nein nicht erfolgt

Nutzen Sie derzeit orthopädische Hilfsmittel (z.B. Unterarmgehstützen, Bandagen)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ärztlich verordnete Medikamente

Hier nur Dauermedikamente eintragen (alternativ können Sie auch einen aktuellen Medikamentenplan beifügen).

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Medikation, die nur bei Bedarf eingenommen wird:

Welche Diagnostik (z.B. Röntgen, MRT, CT usw.) wurde bezüglich der Beschwerden durchgeführt und mit welchem Ergebnis?

Auf wessen Initiative wurde das Rehabilitationsverfahren eingeleitet?

Auf Veranlassung des/der:

- Akutklinik
- Hausarztes/Facharztes
- Medizinischen Dienstes der Krankenkasse
- Arbeitsamtes
- andere: _____

I.3 Weitere rehabilitationsrelevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle

Vorerkrankungen:

Ist ein Arterieller Hypertonus (Bluthochdruck) bekannt? nein ja, seit: _____

Sind Herzrhythmusstörungen bekannt? nein ja, seit: _____

Wenn ja, welche: _____

Ist ein Diabetes mellitus (Zuckererkrankung) bekannt? nein ja, seit: _____

Ist eine COPD bekannt? nein ja, seit: _____

Ist eine Asthmaerkrankung bekannt? nein ja, seit: _____

Ist eine Hyperlipoproteinämie (Fettstoffwechselstörung) bekannt? nein ja, seit: _____

Weitere wichtige Vorerkrankungen: _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle (einschließlich Arbeitsunfälle)?

nein ja

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Berufskrankheiten, die von der Berufsgenossenschaft anerkannt sind?

nein ja

Wenn ja, welche?

Hatten Sie wichtige Operationen in der Vergangenheit?

nein ja

Wenn ja, welche?

Haben Sie bisher an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen?

nein ja

Wenn ja, an welchen? (bitte Datum und Ort angeben)

I.4 Sind bei Ihnen psychische Störungen bekannt?

nein ja

Wenn ja, welche?

I.5

Körpergröße: _____ cm

Gewicht: _____ kg (max.130 kg)

Wie ist zurzeit ...

Ihr Appetit? normal schlecht

Ihr Stuhlgang? normal Durchfall verstopft

Wie ist zurzeit ...

Ihr Gewicht? konstant

Ich habe abgenommen

_____ kg seit ca. _____

Ich habe zugenommen

_____ kg seit ca. _____

Ihr Wasserlassen? ungestört

gestört

Ich muss nachts mehrfach Wasser lassen, bis _____ mal/Nacht

Ihr Durst? normal

vermindert

gesteigert

Ihr Schlaf?

normal

Schlafstörungen

Was hindert Sie am Einschlafen (z.B. Schmerzen)?

Haben Sie eine Allergie oder Unverträglichkeit?

nein ja

Medikamente: _____

andere Allergien: _____

Risikofaktoren

Rauchen Sie?

nein ja, wie viel? _____

seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol?

nie (abstinent)

kein Alkohol mehr seit: _____

selten

gelegentlich

häufig – wie viel? _____

Nehmen Sie sonstige Drogen?

nein

ja, welche: _____

2.1 Familienstand/Kinder/häusliche Situation

Beschreiben Sie Ihren Familienstand:

verheiratet ledig verwitwet feste Lebenspartnerschaft keine Angabe

Haben Sie Kinder?

nein ja Wie viele? _____ Wie alt sind Ihre Kinder? _____

Leben Sie allein? ja nein

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____

Wer lebt außer Ihnen noch in Ihrem Haushalt? (Ehe-) Partner Kinder (Schwieger-) Eltern andere

Wohnen Sie in einer Wohnung? In welcher Etage? _____ Ist ein Lift vorhanden? ja nein
 einem Einfamilienhaus/Reihenhaus? Ich muss _____ Etagen/ _____ Treppenstufen steigen.

Soziales Umfeld

Belastungen im sozialen Umfeld, z.B. Pflege von Angehörigen: nein ja, welche? _____

Psychische Belastungen (kritische Lebensereignisse, Konflikte): nein ja, welche? _____

Belastungen durch die finanzielle Situation: nein ja, welche? _____

Haben Sie Hobbys? nein ja, welche? _____

Belastungen durch mangelnden sozialen Rückhalt: nein ja, welche? _____

Benutzen Sie Hilfsmittel wie Schienen, Bandagen, Stützen: nein ja, welche? _____

MdE, GdB, Sozialleistungsanträge

Beziehen Sie eine Verletztenrente? nein ja MdE: _____ %

Beziehen Sie eine Erwerbsminderungsrente? nein ja Wenn ja, seit wann? _____

Ist die Rente befristet? nein ja

Wenn ja, bis wann? _____

Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt? nein ja

Wenn ja, welche Rente haben Sie beantragt? _____

Wie ist der aktuelle Stand der Bearbeitung?

Die Bearbeitung läuft bei der DRV.

Der Antrag wurde abgelehnt.

Ich habe der Ablehnung widersprochen.

Ich habe gegen die Ablehnung Rechtsmittel eingelegt.

Sonstiges: _____

- Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB)? nein ja Antrag gestellt
- Wenn ja, welcher GdB? _____
- bei GdB 30/40: Sind Sie einem Schwerbehinderten gleichgestellt? nein ja
- ab GdB 50: Haben Sie ein Merkzeichen? nein ja Wenn ja, welches? _____
- Haben Sie einen Antrag auf Neufeststellung gestellt? nein ja
- Haben Sie einen Pflegegrad? nein ja Wenn ja, welche(n)? _____

2.2 Beruflicher Werdegang

- Aktueller Erwerbsstatus: berufstätig, seit: _____ arbeitsunfähig, seit: _____
- arbeitslos, seit: _____ Hausfrau/-mann: _____ Rentner/in: _____
- Schulabschluss: kein Schulabschluss Hauptschulabschluss mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur
- Berufsausbildung: keine abgeschlossene Berufsausbildung
- abgebrochene Ausbildung, welche? _____
- Studium, welches? _____
- abgebrochenes Studium, welches? _____
- Sonstiges _____
- Krankheitsbedingte Umschulung/Arbeitsplatzwechsel: nein ja
- Wenn ja, welche und wann? _____
- _____

Bitte listen Sie Ihren beruflichen Werdegang auf: jetzige Tätigkeit mit aktueller Tätigkeits- und Arbeitsplatzgestaltung

Es geht hierbei um die letzte Tätigkeit, bei der Sie Beiträge zur Rentenversicherung eingezahlt haben, z.B. eine Hausfrau oder Rentnerin, die vor 20 Jahren als Sekretärin Beiträge gezahlt hat, muss „Sekretärin“ angeben.

Wie ist die Bezeichnung der Tätigkeit, die Sie zurzeit ausüben/zuletzt ausgeübt haben?

Datum von/ bis	Art der Tätigkeit

In welchem Betrieb üben bzw. übten Sie diese Tätigkeit aus?

Bitte beschreiben Sie kurz und stichwortartig Ihren Aufgabenbereich:

Bitte kreuzen Sie diejenigen Punkte an, die Ihre Tätigkeit am treffendsten beschreiben

Arbeitszeit: regelmäßig halbtags unregelmäßig _____ Stunden an _____ Tagen pro Woche Teilzeit Vollzeit

Arbeitsweise: Tagschicht nur Frühschicht nur Spätschicht nur Nachtschicht

Wechselschicht mit Nachtschicht Wechselschicht ohne Nachtschicht

Fließbandakkord Einzelakkord bzw. Stückakkord Gruppenakkord

Arbeitshaltung: SITZEN:

ständig (> 90 % der Arbeitszeit bzw. > 12-mal /Stunde)

überwiegend/häufig (51 bis 90 % der Arbeitszeit)

zeitweise (ca. 10 % der Arbeitszeit)

STEHEN:

ständig (> 90 % der Arbeitszeit bzw. > 12-mal /Stunde)

überwiegend/häufig (51 bis 90 % der Arbeitszeit)

zeitweise (ca. 10 % der Arbeitszeit)

GEHEN:

ständig (> 90 % der Arbeitszeit bzw. > 12-mal /Stunde)

überwiegend/häufig (51 bis 90 % der Arbeitszeit)

zeitweise (ca. 10 % der Arbeitszeit)

Ist ein selbstbestimmter Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen am Arbeitsplatz möglich? ja nein

Art der Tätigkeit am Arbeitsplatz:

regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg

regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten von 10 bis 15 kg

regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten bis zu 40 kg und mehr

an Maschinen stehend

oft in gebückter Stellung

Art der Tätigkeit am Arbeitsplatz:

- oft mit erhobenen Armen
- oft kniend, hockend usw.
- auf Gerüsten und Leitern
- Erfordernis von Schwindelfreiheit und Gleichgewichtssinn

äußere Einflüsse:

- Arbeit bei künstlichem Licht
- angestrengtes Sehen (z.B. PC-Arbeit)
- Arbeit im Freien
- meist witterungsgeschützt
- Arbeit in offenen Rohbauten
- belästigende Gase oder Dämpfe
- belästigende Rauchentwicklung
- Nässe
- Kälte
- Hitze
- Zugluft
- starker Lärm: dauernd zeitweilig
- chemische Einflüsse
- hautempfindliche Arbeit

Sonstiges:

- Verantwortung
- Führungsaufgaben
- ständige Konzentration
- Anlagensteuerung
- Auswärtsmontage
- Reisetätigkeit

Fahren von Kraftfahrzeugen:

- Pkw während der Arbeitszeit
- Lkw ohne schwere Ladearbeiten
- Baumaschinen (Bagger usw.)
- sonstige Fahrzeuge Welche: _____
- Lkw mit schweren Ladearbeiten

Arbeitsplatzprobleme

Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden? ja nein

Wenn nein, weshalb: _____

Wie ist das Verhältnis zum Arbeitgeber? gut problematisch schlecht

Wie ist das Verhältnis zu Kollegen? gut problematisch schlecht

Planen Sie eine berufliche Veränderung (Arbeitsplatzumsetzung im Betrieb, Wechsel des Arbeitsplatzes, Umschulung?) nein ja Wenn ja, welche? _____

Wie stark sind Sie subjektiv durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in Ihrer Arbeit beeinträchtigt? leicht mittel stark maximal

Rechnen Sie damit, dass Sie Ihre alte berufliche Tätigkeit wiederaufnehmen können? ja, ab wann? nach der Reha anderes Datum _____
 nein

Wie erreichen Sie ihren Arbeitsplatz?

Welche Verkehrsmittel benutzen Sie: Fahrrad Pkw Bus Bahn

Müssen Sie dabei längere Strecken zu Fuß zurücklegen: _____ Meter

Arbeitsunfähigkeitszeiten und deren Ursache während der letzten 12 Monate

Geben Sie bitte Ihre Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten an:

- keine
- alles zusammengerechnet **bis unter 3 Monate** arbeitsunfähig
- alles zusammengerechnet **3 bis unter 6 Monate** arbeitsunfähig
- alles zusammengerechnet **6 Monate und mehr** arbeitsunfähig

Wegen welcher Erkrankung waren Sie jeweils arbeitsunfähig?

von: _____ bis: _____ Erkrankung: _____

von: _____ bis: _____ Erkrankung: _____

von: _____ bis: _____ Erkrankung: _____

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? nein ja, seit: _____

2.3 Subjektive Einschränkungen in Ihrer Aktivität und Teilhabe

Bei welchen Aktivitäten (z.B.: Gehen, Treppensteigen, Hocken und Knien, Stehen, Sitzen, Heben und Tragen, Tätigkeiten über Kopf, Vorbeugen und Bücken, festes Greifen, Halten, Zupacken mit den Händen, Bewältigung des häuslichen Lebens wie Einkaufen/Haushaltsführung/Körperpflege, Hobbys, Sport, Unternehmungen mit Freunden) bestehen Einschränkungen, bei welchen brauchen Sie Hilfe:

4.1 Reha-Ziele: Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt?

Ich hoffe, dass

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen eine gute Anreise und gutes Gelingen Ihrer Rehabilitationsmaßnahme!

Ort, Datum

Unterschrift