

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen  
**Aufnahmefragebogen**

VAMED Rehaklinik Bad Ems  
Viktoriaallee 27, 56130 Bad Ems  
T +49 2603 978-0  
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. Damit diese Maßnahme erfolgreich verläuft, bitten wir Sie, diesen Fragebogen zu Hause in aller Ruhe vollständig und gut leserlich auszufüllen und ihn möglichst vor Antritt Ihres Klinikaufenthaltes in der VAMED Rehaklinik Bad Ems an uns zurückzusenden oder ihn bei Anreise an der Rezeption abzugeben. Falls der vorgesehene Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. Selbstverständlich werden diese Angaben streng vertraulich behandelt.

Mit freundlichem Gruß, *Ihre Klinikgeschäftsführung*

**I. Angaben zur Person**

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Größe Gewicht

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ, Ort Telefon tagsüber/abends

\_\_\_\_\_  
Beruf Arbeitgeber

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

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?  ja  nein Wenn ja, wie viel Prozent? \_\_\_\_\_ %

Haben Sie eine Pflegestufe?  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Krankenkasse:

Sind Sie selbst krankenversichert?  ja  nein Wenn nein, Name und Geburtsdatum des Mitglieds

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

\_\_\_\_\_  
Hausarzt:

\_\_\_\_\_  
Herr/Frau Name Straße PLZ, Ort Telefonnummer

Anreisetag in die VAMED Rehaklinik Bad Ems: \_\_\_\_\_

## II. Ihre Diagnosen

1. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

## III. Zugang zur Rehabilitation

Wer hat Ihnen zur Kur/Rehabilitation geraten?

## IV. Familienanamnese

Welche Krankheiten Ihrer Eltern, Großeltern oder Geschwister sind Ihnen bekannt?

Vater

Mutter

Geschwister

Sonstige Verwandte

## V. Eigenanamnese

Bitte geben Sie alle Erkrankungen, Operationen, Unfälle und Krankenhausaufenthalte in chronologischer (zeitlicher) Reihenfolge an (z.B. „1960: Blinddarm-Operation“ oder „seit 1965 Diabetes mellitus“):

Jahr	Art der Krankheit, Operation ect.

Wie entwickelten sich Ihre jetzigen Beschwerden und welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wurden eingeleitet?

---

---

---

---

---

---

## VI. Vegetative Anamnese, Risikofaktoren und Risikoverhalten

Haben Sie Störungen in den nachfolgend genannten Bereichen? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

	nein	ja	Wenn ja, bitte erläutern:
Appetit und Durst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Schlafrhythmus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

	nein	ja	Wenn ja, bitte erläutern:
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Leiden Sie unter Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Sind Sie übergewichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Leiden Sie unter Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

## VII. Jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen

Was haben Sie bisher selbst unternommen, um diese Beschwerden und Einschränkungen zu beseitigen?

---

---

---

---

## VIII. Medikamentöse Therapie

	Morgens	Mittags	Abends

## IX. Allgemeine Sozialanamnese

a) Familienstand

ledig     verheiratet     getrennt lebend     geschieden     verwitwet

b) momentane familiäre Wohnsituation

allein lebend     mit Partner/Partnerin zusammen lebend     mit anderen zusammen lebend (Familie/Freunde)

b) allgemeine Wohnsituation

Wohnung im Parterre     Wohnung im 1./2./3. Stock mit Aufzug ohne Aufzug     Eigenheim

d) Falls Sie Kinder haben, Anzahl und Alter Ihrer Kinder:

---

e) Schule, Ausbildung und berufliche Situation:

Schulabschluss

---

Ausbildung

---

erlernter Beruf

---

zuletzt ausgeübter Beruf

---

arbeitsunfähig seit

arbeitslos seit

---

berentet seit

Rentenantrag gestellt am

---

## X. Häusliche Versorgung

Benötigen Sie Hilfe bei  Ankleiden  Körperpflege  Häuslichen Verrichtungen  Einkaufen

---

---

## XI. Psychische und soziale Belastungen

Wie ist Ihre soziale Situation? Gibt es soziale Belastungen in Familie, Beruf und Freizeit?

Wie erleben/erlebten Sie Ihre Beziehung z.B. zu Vater/Mutter, den Geschwistern etc.?

---

---

## XII. Welche Rehabilitationsziele haben Sie?

---

---

## XIII. Sonstige Bemerkungen

---

---

---

---

---

Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten