

Anamnesefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns über Ihre Anmeldung zur psychosomatischen Behandlung in der Klinik Schwedenstein. Anhand Ihrer Angaben prüfen wir, ob und in welcher Abteilung wir Ihnen die Behandlung oder Rehabilitation anbieten können. Alles was Sie uns mitteilen unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte senden Sie uns den Fragebogen bis eine Woche vor Ihrer Anreise zurück. Herzlichen Dank! Ihr Team der Rehaklinik Schwedenstein in Pulsnitz.

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Geb.-Ort: _____

Telefon (Festnetz): _____

(Mobil): _____

Patientenaufkleber:

Bezugstherapeut(in): _____

TEIL 1

1. Anamnese

Die Rehabilitationsmaßnahme erfolgt auf (bitte ankreuzen):

- eigenen Wunsch
- Anregung Ihres Arztes/Therapeuten
- Anregung der Krankenkasse/DRV
- Anregung der Agentur für Arbeit
- Widerspruch
- Klageverfahren
- abgelehnter Rentenantrag

1.1. Jetzige Beschwerden

- Erläutern Sie bitte Ihre derzeitigen Beschwerden.

- Wie erklären Sie sich Ihre Beschwerden (Konflikte, Probleme)?

1.2. Bisheriger Verlauf der reharelevanten Beeinträchtigungen

- Wann traten die Beschwerden/Probleme erstmalig auf?
Beschreiben Sie die Entwicklung möglichst genau.

- Welche Diagnostik und Behandlungen wurden bisher wegen dieser Beschwerden durchgeführt?

Welche psychotherapeutischen Behandlungen haben Sie bisher in Anspruch genommen?

keine Psychotherapie

ambulante Psychotherapie

Wegen _____

von _____ bis _____

Haben sich Ihre Beschwerden gebessert? ja nein

Welche Beschwerden haben sich wie verändert?

Name und Adresse des Therapeuten:

Stationäre Psychotherapie/psychosomatische/medizinische/psychiatrische Rehabilitationsmaßnahmen

1. Wegen: _____

Wann? _____

Wo? _____

Erfolg: ja nein

Welche Beschwerden haben sich wie verändert?

2. Wegen: _____

Wann? _____

Wo ? _____

Erfolg? ja nein

Welche Beschwerden haben sich wie verändert?

3. Wegen: _____

Wann? _____

Wo? _____

Erfolg? ja nein

Welche Beschwerden haben sich wie verändert?

Sind in Ihrem Leben schon einmal andere seelische Probleme aufgetreten? (Wann und in welcher Form?)

Waren Sie in den letzten 2 Jahren vor Beginn Ihrer jetzigen Erkrankung in bestimmten Bereichen besonderen Konflikten oder Belastungen ausgesetzt? Bitte ankreuzen.

	Erläuterung
Familiensituation	
Berufliche Situation	
Wohnsituation	
Finanzielle Situation	
Gesundheitszustand	
Sexualität	
Sonstiges	

Haben oder hatten Sie Probleme mit Ihrem Essverhalten (Kalorienzählen, Diäten, Fressanfälle, Erbrechen, Abführmittel, Appetitzügler etc.)

Fügen Sie sich selbst Verletzungen zu (sich schneiden, Kratzen bis es blutet, Haare ausreißen etc...)?

Behandelnde Ärzte (Bitte Name, Adresse/Telefonnummer):

Hausarzt	
Internist	
Orthopäde	
Psychiater/Neurologe	
Gynäkologe	
Sonstige	

1.4. Biographische Anamnese

Vater:

- Geburtsjahr:
- Beruf:
- Falls verstorben, wann?
- Todesursache

Mutter:

- Geburtsjahr:
- Beruf:
- Falls verstorben, wann?
- Todesursache

Geschwister dem Alter nach

Vorname	m/w	Geburtsjahr	Beruf	Familienstand	Krank?	Verstorben?
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Sind in Ihrer Familie seelische bzw. psychiatrische Erkrankungen, Suchterkrankungen oder Selbstmorde bekannt?

Beschreiben Sie bitte Ihren Vater näher (Wesenszüge, Besonderheiten).

Beschreiben Sie bitte Ihre Mutter näher (Wesenszüge, Besonderheiten).

Beschreiben Sie bitte die Beziehung zu Ihren Geschwistern

früher:

heute:

Welche Person hatte den wichtigsten Einfluss auf Ihre Kindheit (wie beeinflusst)?

Wo sind Sie aufgewachsen? (Eltern, Großeltern, Heim etc.)

Beschreiben Sie bitte die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus. Wie gingen Ihre Eltern miteinander und mit den Kindern um? Gab es bestimmte Werte, die für Ihre Familie besonders wichtig waren?

Gab es besondere Belastungen in Ihrem weiteren Lebenslauf?

2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1. Sozialanamnese mit Kontextfaktoren:

Familiäre Situation:

- Ledig verheiratet seit _____ geschieden seit _____
 verwitwet seit _____ in Lebensgemeinschaft lebend seit _____
 alleinlebend/getrennt lebend seit _____

Derzeitiger (Ehe)Partner

- Alter: _____
 Beruf/Tätigkeit: _____
 Hobby: _____
 Dauer der Beziehung: _____

Leben Sie mit Ihrem Partner in einem gemeinsamen Haushalt? ja nein

Sonstige im Haushalt lebende Personen: _____

Was mögen Sie an Ihrem Partner?

Was stört Sie an Ihrem Partner?

Bitte berichten Sie Einzelheiten aus früheren Partnerschaften/Ehen.
(von wann bis wann, warum die Trennung, wer die Beziehung beendet hat)

Falls sie bisher keine Ehe eingegangen sind, warum?

Fühlen Sie sich in Ihrer jetzigen Partnerschaft emotional verstanden? ja nein

Besteht eine Belastung durch Krankheit des Partners? ja nein

Besteht Alkohol- oder Drogenmissbrauch des Partners? ja nein

Gibt es Probleme im sexuellen Bereich? ja nein

Gibt es in Ihrem Leben belastende Erlebnisse im sexuellen Bereich? ja nein

Gibt es Erfahrungen von Gewalt? ja nein

Haben Sie Kinder aus Ihrer derzeitigen oder aus früheren Beziehungen?

Vorname	m/w	Alter	Aus welcher Beziehung/Ehe?	Krank?
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Wie ist das Verhältnis zu Ihren Kindern?

Wohnsituation:

Mietwohnung Eigentumswohnung eigenes Haus Heim

Garten Stadt Dorf

sonstige Besonderheiten (häusliche Versorgung/Pflege, Wohngemeinschaften):

Wie ist Ihre finanzielle Situation? gut ausreichend schlecht

• regelmäßiges Einkommen ja nein

• Rente ja nein

• ALG ja nein

Beschreiben Sie Ihre Interessen und Hobbys. Wie und mit wem verbringen Sie Ihre Freizeit?

Wie sind Ihre sozialen Kontakte?

Haben Sie oder hatten Sie besondere Belastungen im heimatlichen Umfeld (chron. Konflikte, Pflege von Angehörigen etc.)?

2.2. Arbeitsanamnese und Kontextfaktoren

Erwerbsstatus: (bitte ankreuzen)

- angestellt selbständig arbeitslos Rente Vorruhestand
 in Ausbildung in Altersteilzeit Hausfrau Sonstiges: _____

Besteht ein Grad der Behinderung (GdB)? ja, _____% / nein
 Falls ja, welche Behinderungen liegen vor?

Wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen? ja nein

Falls ja, welche Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor? teilweise voll

Wurde ein Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt? ja nein, wann? _____

Wurde ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt? ja nein, wann? _____

Berufliche Entwicklung

Ausbildung

Art der Schule	von	bis

Erreichter Schulabschluss: _____

Beruflicher Werdegang (einschl. Wehrdienst)

Tätigkeit	von	bis	warum gewechselt

Beschreiben Sie bitte ausführlich, was Sie bei der Arbeit machen bzw. mit welchen Aufgaben Sie betraut sind.

Sie arbeiten:

Vollzeit Teilzeit _____ Stunden pro Tag pro Woche

im Schichtbetrieb (2 Schichten 3 Schichten Nachtschichten)

Sie leisten ca. _____ unbezahlte Überstunden pro Woche pro Monat

Sie leisten ca. _____ bezahlte Überstunden pro Woche pro Monat

Sie erreichen Ihren Arbeitsplatz: mit dem Auto
 mit dem Fahrrad
 zu Fuß
 mit öffentlichen Verkehrsmitteln
 Sonstiges:

Die Entfernung vom Wohnort zum Arbeitsplatz beträgt _____ km.

In welcher Körperhaltung verbringen Sie Ihren Arbeitstag?
ca. _____ Stunden stehend ca. _____ Stunden gehend ca. _____ Stunden sitzend

Bedingungen am Arbeitsplatz

Sicherheit des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verständnis innerhalb der Belegschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unterstützung durch den Chef/Vorgesetzten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Befriedigende Stellung im Beruf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angemessene Entlohnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abwechslungsreiche Arbeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Selbständige Arbeitsgestaltung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besondere Belastungen und Einflüsse (bitte ankreuzen):

- Überstunden
- Zeitdruck
- Konkurrenzdruck
- Mobbing
- drohende Umsetzung oder
- Hohe Anforderungen an die Konzentration
- Hohe Anforderungen an das Gedächtnis
- unregelmäßiges Essen
- Monotone Arbeitsabläufe
- Probleme mit Vorgesetzten
- Lärm
- Staub
- Hitze
- Gase/Dämpfe
- Vibrationen
- Strahlung
- enge Räume
- Großraumbüro
- Sonstiges

Was finden Sie an Ihrer Arbeit gut?

Bemerkungen

Arbeitsunfähigkeitszeiten:

Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?
_____Tage _____Wochen

Liegt vor Beginn der Reha-Maßnahme Arbeitsunfähigkeit vor?
 nein ja, seit _____

Gibt es Arbeitsversuche, die erfolglos waren?
 nein ja, Begründung: _____

Wurden bereits Entlastungsversuche unternommen?

nein ja

- stufenweise Wiedereingliederung Arbeitsplatzwechsel Umschulung
 Sonstiges: _____

Beschreiben Sie diese bitte:

2.3. Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

Wie machen sich Ihre derzeitigen Beschwerden im Alltag bemerkbar?

Wie machen sich Ihre Beschwerden im Beruf bemerkbar?

Waren Sie in der Lage den zuletzt ausgeübten Beruf weiterhin auszuüben?

ja nein, seit wann: _____

Welche Arbeiten konnten Sie aus welchem Grund nicht mehr verrichten?

Wie würden Sie sich selbst beschreiben (Charaktereigenschaften, äußere Erscheinung...)?

Gibt es etwas an Ihren gegenwärtigen Verhaltensweisen, Gefühlen und Einstellungen, dass Sie gern verändern möchten?

2.4 Tagesablauf

Bitte schildern Sie einen typischen Tagesablauf in Ihrem Leben.

2.5 Behandlungsziele

Auf welche Art und Weise kann Ihnen eine Behandlung in unserer Klinik helfen? Formulieren Sie bitte in eigenen Worten, was Sie für das Wesentliche an einer erfolgreichen Psychotherapie halten.

Auf welche Art werden Sie Ihrer Vermutung nach während des Aufenthaltes in unserer Klinik in für Sie typische Schwierigkeiten kommen?

Zusatzfragenkatalog Psychoonkologie (sofern für Sie zutreffend):

Sind oder waren Sie oder einer Ihrer Familienangehörigen von einer Krebserkrankung betroffen?

Ja Nein

Wenn ja, bei wem trat diese auf _____

Wenn ja, welche Diagnose wurde gestellt _____

Wenn ja, wann trat diese auf _____

Beschäftigt Sie diese Erkrankung innerhalb Ihrer Familie/bei Ihnen bis zum heutigen Tag?

Ja Nein

Wurde Ihnen eine psychoonkologische Begleitung bei Diagnosestellung oder im Verlauf der Krebserkrankung angeboten?

Ja Nein

Wenn ja, durch wen wurde diese Begleitung angeboten?

Hausarzt/Onkologe/Krankenhaus/Sozialdienst/andere _____

Haben Sie die psychoonkologische Begleitung angenommen?

Ja Nein

Wie viele Gespräche hatten Sie im Rahmen der psychoonkologischen Begleitung?

1 Gespräch 2-5 Gespräche mehr als 5 Gespräche

Wurden Sie über unterstützende Angebote der Deutschen Krebshilfe und Krebsberatungsstellen informiert?

Ja Nein

Wenn ja, wann wurden Sie informiert?

bei Diagnosestellung im Verlauf der Behandlung

Vegetative Anamnese:

Appetit: normal vermehrt vermindert schwankend

unter Stress: vermehrt vermindert unabhängig

Sättigungsgefühl: vorhanden nicht vorhanden

Liegt oder lag eine Essstörung vor? nein ja , in welcher Form?

Wie war Ihre Gewichtsentwicklung in den letzten 6 Monaten?

Aktuelles Gewicht: _____ kg / Körpergröße: _____ cm

durch Zunahme: _____ kg

durch Abnahme: _____ kg

konstant:

Wieviel und was trinken Sie täglich (ca. in Litern):

Wasserlassen:

- ohne Beschwerden
- häufiger Harndrang
- unkontrollierter Harnabgang (z.B. beim Husten, Lachen)
- nächtliches Wasserlassen : wie oft? _____
- Brennen

Stuhlgang:

- regelmäßig
- unregelmäßig, ca. alle _____ Tage
- Neigung zu Verstopfung
- Neigung zu Durchfall

Schlaf:

- ungestört/gut
- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- frühes Erwachen
- nur mit Schlafmitteln

Schwitzen Sie häufig? nein ja, nur nachts auch tagsüber

Leiden Sie an Allergien? Welche?

Familienanamnese:

Kommen oder kamen in Ihrer Familie folgende Erkrankungen vor (Großeltern, Eltern, Geschwister Kinder)?

- Diabetes mellitus wenn ja, bei wem: _____
- Bluthochdruck wenn ja, bei wem: _____
- Fettstoffwechselstörungen wenn ja, bei wem: _____
- Anfallsleiden wenn ja, bei wem: _____
- Herzerkrankungen wenn ja, bei wem: _____
- Schlaganfall wenn ja, bei wem: _____
- Krebserkrankung wenn ja, bei wem: _____

Sind in Ihrer Familie seelische bzw. psychiatrische Erkrankungen, Suchterkrankungen oder Selbstmorde bekannt?

Gynäkologische Anamnese:

erste Regelblutung mit _____ Jahren

Regelblutung: regelmäßig unregelmäßig

Menopause seit: _____

Anzahl der Schwangerschaften: _____

Anzahl der Geburten: _____

Anzahl der Fehlgeburten: _____

Anzahl der Abbrüche: _____

Nehmen Sie hormonelle Verhütungsmittel? ja nein

Operationen im gynäkologischen Bereich: nein ja, welche? wann?

Wann waren Sie zuletzt beim Frauenarzt? _____

Urologische Anamnese

Waren Sie bereits bei einem Urologen, wenn ja wann und wegen welcher Beschwerden?

Gab es in der Vergangenheit urologische Beschwerden (Harnverhalt, Prostatentzündung, Hodenhochstand in der Kindheit)?

Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Mammographie Prostatauntersuchung, Haut-Check):

Welche? _____

Wann? _____

Suchtanamnese:

Rauchen Sie? nein
 ja, wieviel am Tag? _____

Alkoholkonsum: täglich gelegentlich regelmäßig

Wieviel? _____

Was (Bier Wein, Schnaps) _____

Fällt es Ihnen schwer, während der Reha auf Alkohol zu verzichten? nein ja

Konsum weiterer Drogen, z.B.:

Cannabis: nein
 ja, wieviel am Tag? _____

Ecstasy: nein
 ja, wieviel am Tag? _____

Kokain: nein
 ja, wieviel am Tag? _____

Crystal: nein
 ja, wieviel am Tag? _____

Andere: nein
 ja, wieviel am Tag? _____

