

Um die Rehabilitation für Sie so gewinnbringend wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie, sich und uns schon vorab folgende Fragen zu beantworten und diesen Bogen ausgefüllt zur Aufnahmeuntersuchung mitzubringen. Für die ärztliche Aufnahmeuntersuchung sind ca. 30 bis 60 Minuten vorgesehen. Dabei werden diese Fragen mit Ihnen besprochen.

Sie erleichtern den Ablauf und die Planung ihrer Rehabilitation wesentlich durch das Ausfüllen dieses Fragebogens. Entsprechend mehr Zeit bleibt dann für Ihre Fragen, die eingehende Untersuchung und die Planung der Reha.

Bringen Sie bitte auch möglichst **aktuelle Röntgenbilder und Arztberichte** mit.

Name, Vorname: _____

Telefon: _____ **Emailadresse:** _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____ **Alter:** _____

Krankenkasse: _____ **FAX der KK (WICHTIG):** _____

Welcher Arzt oder welches Krankenhaus hat die REHA beantragt?

Ärztliche Behandlung durch (möglichst mit Anschrift):

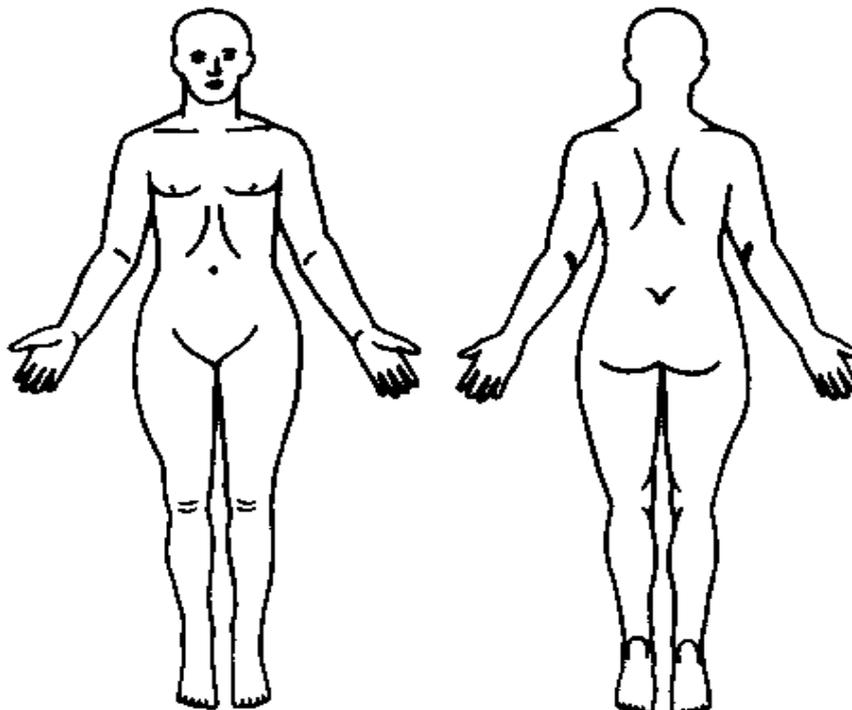
Hausarzt:

Facharzt:

Weitere:

1.1 Welche Beschwerden, Einschränkungen, Erkrankungen führten zum Reha Antrag? :

Bitte zeichnen Sie die Stellen an, wo Sie **Schmerzen/Beschwerden** empfinden.



Welcher Art
Beschwerden?

sind die

1) Schmerzen

- | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|---|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hell | <input type="checkbox"/> bohrend | <input type="checkbox"/> oberflächlich | <input type="checkbox"/> schneidend | <input type="checkbox"/> klopfen | <input type="checkbox"/> tief |
| <input type="checkbox"/> reißend | <input type="checkbox"/> brennend | <input type="checkbox"/> örtlich begrenzt | <input type="checkbox"/> messerstichartig | <input type="checkbox"/> dumpf | |
| <input type="checkbox"/> ausstrahlend | <input type="checkbox"/> ziehend | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> einschließend | | |

Zur Einschätzung Ihrer **Schmerzen** benutzen Sie bitte die Schmerzskala, wobei der Wert „0“ keine Schmerzen bedeutet und der Wert „10“ die stärksten vorstellbaren Schmerzen.

In Ruhe

Zu Beginn der Reha	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nach einer Belastung

Zu Beginn der Reha	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Schwellungen von Gelenken oder Gliedmaßen?

ja nein

Plötzliche **Blockierung** eines Gelenks?

ja nein

Plötzliches **Wegknicken** eines Gelenks?

ja nein

Verminderte **Beweglichkeit** von Gelenken?

ja nein

2.) Empfindungsstörungen

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Spannungsgefühl |
| <input type="checkbox"/> „pelziges“ Gefühl | <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Wärme- oder Kältegefühl |
| | <input type="checkbox"/> Brennen | |

- 3.) Muskelschwäche?**
- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Beim Armheben? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Beim Greifen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Häufiges Stolpern? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Beim Treppensteigen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Häufiges Umknicken mit dem Sprunggelenk? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hinken? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

4.) Andere?

1.2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

- seit ___ Tagen
 ___ Wochen
 ___ Monaten
 ___ Jahren
 Beginn allmählich
 Beginn plötzlich

Hatten Sie früher ähnliche Beschwerden ja nein, wann? _____

Gab es akute Ereignisse, die zu den Beschwerden geführt haben? ja nein,
wenn ja,
welche? _____

Wann treten die Beschwerden im Allgemeinen auf?

- | | | |
|--|-------------------------------|---|
| <input type="radio"/> frühmorgens | <input type="radio"/> abends | <input type="radio"/> periodisch wiederkehrend |
| <input type="radio"/> beim Aufstehen | <input type="radio"/> nachts | <input type="radio"/> werden Sie vom Schmerz geweckt, |
| <input type="radio"/> im Laufe des Tages | <input type="radio"/> dauernd | |

Meine Gehstrecke ist eingeschränkt? ja, auf ca. _____m nein
 Das Treppensteigen ist eingeschränkt? ja nein

Verstärkung der Beschwerden bei(m)

- | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Stehen | <input type="radio"/> Gehen | <input type="radio"/> Belastung | <input type="radio"/> Atmen | <input type="radio"/> Heben | <input type="radio"/> Bücken | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Knien | | | | | | |
| <input type="radio"/> Sitzen | <input type="radio"/> Erschütterung | <input type="radio"/> Husten, Niesen, Pressen | <input type="radio"/> Anlaufen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Druck | | | | | | |
| <input type="radio"/> Wetterwechsel | <input type="radio"/> Liegen | <input type="radio"/> Arbeit | <input type="radio"/> Stress | | | |

Nachlassen der Beschwerden bei

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Bewegung | <input type="radio"/> Ruhe | <input type="radio"/> Wärme | <input type="radio"/> Kälte |
|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

Welche Diagnostik wurde bereits durchgeführt? Ich bringe folgende Befunde früherer Untersuchungen/Behandlungen mit (bitte Angabe des Datums):

Behandlungen 12 Monate vor der Rehabilitation:

Krankengymnastik: ja nein

Massagen: ja nein

Spritzen: ja nein

Chirotherapie ja nein

Akupunktur ja nein

andere: _____

Welche Behandlungsmaßnahmen haben die Beschwerden gebessert?

Bisherige Rehabilitationen oder Kuren (bitte mit Ort und Jahreszahl):

täglich eingenommene Medikamente mit Dosierung:

Medikamente bei Bedarf:

Benutzen Sie orthopädische Hilfsmittel?

Schuheinlagen, Korsett, Bandagen, Unterarmgehstützen, Orthesen

andere _____

1.3. Weitere wesentliche Vorerkrankungen/Operationen/Unfälle (Angabe vom Jahr des Auftretens, ggf. Seitenangabe):

Zigaretten: nein **Alkohol:** nie
 ja, ____ pro Tag gelegentlich
 regelmäßig was? _____

Besteht privater oder beruflicher Stress? nein ja
Treiben Sie regelmäßig Sport? nein ja, was?
 _____ Stunden pro Woche
 _____ Stunden pro Woche

Haben Sie Allergien? nein ja, welche? _____

1.5.

Haben Sie Einschlafstörungen? nein ja, ____ pro Woche
Haben Sie Durchschlafstörungen? nein ja, ____ pro Woche
Besteht Appetitlosigkeit? nein ja
Haben Sie Speiseunverträglichkeiten, wenn ja welche nein ja, _____

Haben Sie Beschwerden/Probleme beim Wasserlassen? nein ja
Müssen Sie regelmäßig nachts wasserlassen? nein ja, ____ mal
Haben Sie Beschwerden/Probleme beim Stuhlgang? nein ja
Haben Sie häufig Atemnot? nein ja

Letzte Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Hausarzt (ab 45. Lj.): _____

Ggf. beim Frauenarzt (ab 20. Lj.): _____

Letzte Gesundheitsuntersuchung beim Hausarzt (ab 36. Lj. alle 2 Jahre): _____

Meine Gebrauchshand ist: rechts links

Der am Abschluss der Reha zu erstellende ärztliche Bericht (Gutachten) soll Stellung zur sozialen Situation sowie zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nehmen. Die Deutsche Rentenversicherung als Auftraggeber und Kostenträger dieser Reha gibt uns die Beantwortung dieser Fragen im Entlassungsbericht vor. Die DRV hat diese Rehabilitation bewilligt, weil Ihre Erwerbsfähigkeit als gefährdet eingeschätzt wurde. Ziel ist es, Ihre Belastbarkeit und Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Dementsprechend möchte die Rentenversicherung sich ein Bild darüber machen, inwieweit Sie einer über die Reha hinausgehenden Förderung bedürfen und auf welche persönlichen Ressourcen die Rentenversicherung aufbauen kann. Daher werden im ärztlichen Aufnahmegespräch auch folgende Fragen besprochen:

2.1.

allein lebend, in Partnerschaft lebend,

Familienstand: ledig, verheiratet, getrennt, geschieden, verwitwet

Anzahl der **Kinder** _____, davon mit im Haushalt lebend _____

Wohnsituation: Haus Wohnung, Etage _____ Treppe steigen erforderlich
 Aufzug vorhanden

Psychische und soziale Belastungsfaktoren (z.B. Tod eines Angehörigen; Pflege von Angehörigen, finanzielle Belastungen, Mobbing am Arbeitsplatz, Partnerprobleme?):

Machen Sie sich Sorgen um Ihre finanzielle Absicherung? nein ja

Ich beziehe: eine Rente Krankengeld Übergangsgeld ALG I ALG II

Machen Sie sich Sorgen um Ihre berufliche Situation? nein ja

Falls, ja wünschen Sie eine unterstützende Beratung? nein ja

Wünschen Sie psychologische Beratung und Unterstützung? nein ja

Hobbys, private Beschäftigungen(z.B. Basteln, Tanzen, Haustier): _____

2.1.2

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)? _____ v.H.

Grad der Behinderung (GdB)? _____

mit Merkzeichen? ja nein wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Pflegegrad? ja nein wenn ja, welchen? _____

Haben Sie einen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung, berufliche Rehabilitation oder Frührente gestellt? nein ja

Sozialrechtsstreit? : nein ja

Haben sie bereits eine berufliche REHA (z.B. Umschulung) durchgeführt: nein ja

2.2.

Schulabschluss: Hauptschule, Mittlere Reife, Fachhochschulreife, Abitur

Ausbildung: _____

Beruflicher Werdegang (bitte mit Jahreszahlen):

Besteht Arbeitslosigkeit? : nein ja seit wann? _____

letzte berufliche Tätigkeit: _____

Vollzeit, Teilzeit, _____ Stunden pro Woche an _____ Tagen

Schichtdienst? nein ja: Früh-, Spät-, Nachtschicht

Arbeitshaltung: stehend _____ % gehend _____ % sitzend _____ %

Möglichst genaue Beschreibung der Tätigkeit (z.B. Computerarbeit, viel Auto fahren, auf Leitern steigen, Heben und Tragen bis zu _____ kg, häufige Überkopfarbeiten, gebückte Arbeit; Pflege; Patiententransfer, Maschinen einrichten, Arbeitsklima; Überstunden; usw.):

Wird Ihr Betrieb oder Ihre Firma von einem Betriebsarzt betreut?

nein ja weiß ich nicht

Falls Sie seinen Namen kennen: _____

Gibt es ein betriebliches Gesundheitsmanagement? nein ja

Wie lange brauchen Sie bis zur Arbeit? _____ Minuten

Wie sind Sie dabei unterwegs? zu Fuß, Fahrrad, Auto, öffentl. Verkehrsmittel

Trauen Sie sich langfristig zu, Ihre Arbeit weiter ausüben zu können?

ja
 unsicher nein, weil _____

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? nein ja, seit _____

Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten:

von/bis _____, wegen _____

von/bis _____, wegen _____

von/bis _____, wegen _____

2.3.

Bitte beschreiben sie möglichst genau ihre Einschränkungen, durch die bestehenden Beschwerden:

1. im Alltag (z.B. Einkaufen, Stabsaugen):

2. im Beruf (z.B. Heben, Überkopfarbeiten):

Von Ihnen nicht oder nur erschwert auszuführende Tätigkeiten/Aktivitäten? (bitte einkreisen):

Fortbewegung: Stehen – Sitzen – Gehen – Laufen – Fahrradfahren – Autofahren – Liegen -
Treppe hochsteigen – Treppe runtersteigen – bergan gehen– bergab gehen–
Leiter steigen – Bücken – Hocken – Knien – Hüpfen – Springen

Hantieren: Greifen – Halten – Tragen – Heben – Ziehen – Schieben – Loslassen –
Aufstützen – Herunterdrücken – Überkopfarbeiten – Arbeiten in Armvorhalte

Körperpflege: An- und Ausziehen –Haare waschen/frisieren – Zähneputzen – Rücken
waschen– Gesäß abwischen – Füße waschen – Rasieren – Eincremen –
Nägel schneiden

Haushalt: Bügeln – Stabsaugen – Fensterputzen – Wischen – Essen zubereiten –
Brotschneiden – Flasche öffnen – Tasse halten – Kanne ausgießen

Sonstiges: Schreiben – Tippen – Telefonieren

4.1.

Welche Veränderungen möchten Sie nach den 3 Wochen REHA für sich erreicht haben (Bitte nennen Sie 3 REHA Ziele)?
