

## REHABILITANDENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

bei Ihnen ist eine stationäre Behandlung in der Rehabilitationsklinik Göhren auf Rügen vorgesehen.

Zur Vorbereitung der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung bitten wir Sie, diesen Fragebogen in Ruhe und sorgfältig auszufüllen.

Als Rehabilitand der **Orthopädie** bringen Sie diesen **unbedingt ausgefüllt** am Aufnahmetag mit (im Handgepäck).

Unterstreichen Sie das Zutreffende, kreuzen Sie es an oder ergänzen Sie bitte.

Ihre Mitarbeit erleichtert es, dass wir uns intensiv Ihren individuellen Problemen widmen und Sie gezielt behandeln können.

Alle Angaben und Befunde werden vertraulich und entsprechend den Bestimmungen zum Datenschutz behandelt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Anschrift der  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Meine Ziele für die Rehabilitation sind:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Die Reha-Maßnahme erfolgte auf Initiative von:

mir     Rentenversicherung     Arzt     Krankenkasse     Sonstiges

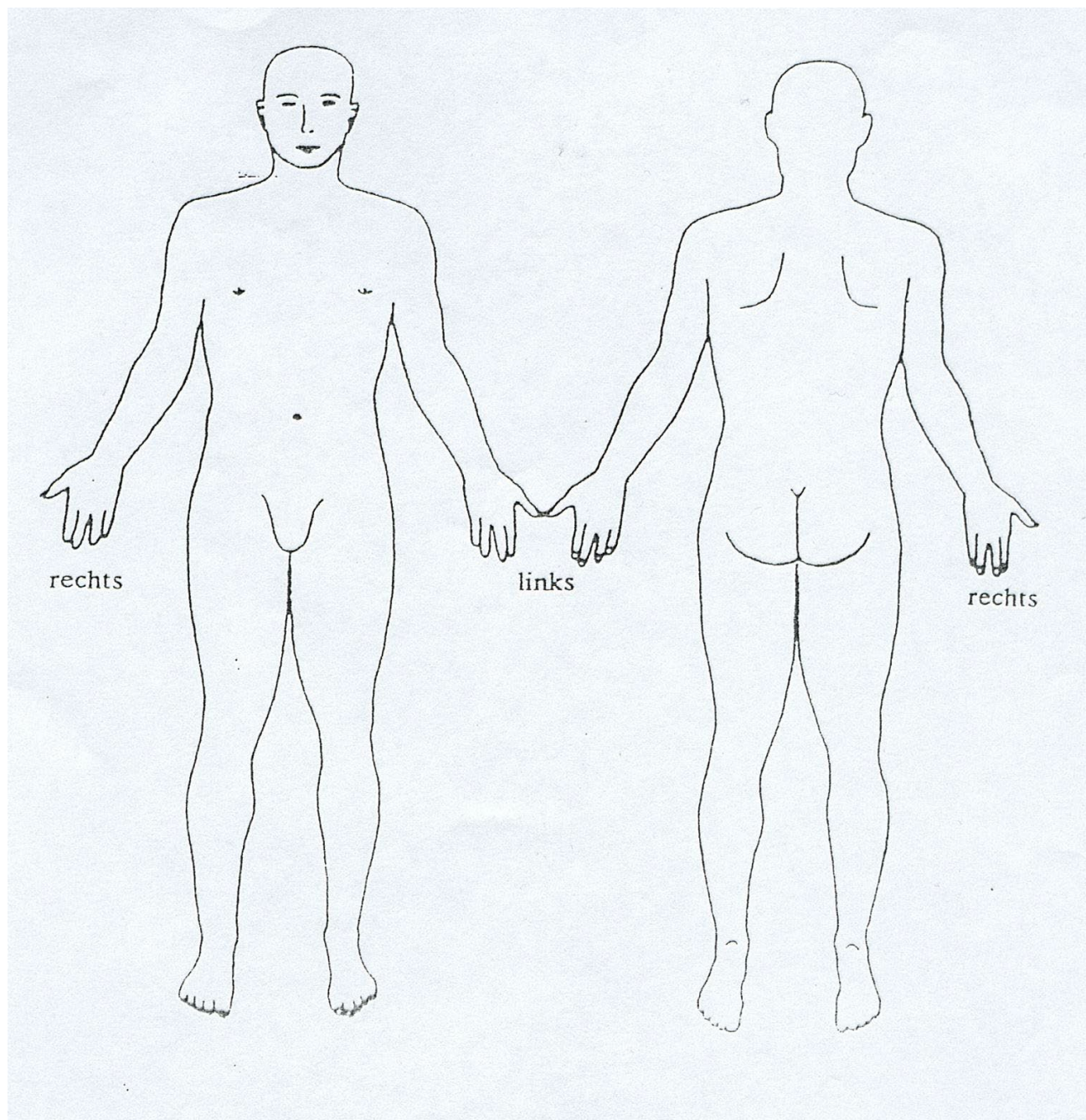
## 1. Anamnese

### 1.1 Jetzige Beschwerden

Zeichnen Sie bitte in das Körperschema ein, an welchen Stellen ggf. Schmerzen auftreten.

Machen Sie bitte ein x, wenn der Schmerz eher eingegrenzt oder punktförmig auftritt. Falls Ihre Schmerzen an diesem Punkt beginnen und in einem anderen Körperteil ausstrahlen, so zeichnen Sie dieses bitte mit einem Pfeil an.

Wenn Ihr Schmerz eher diffus ist oder über eine größere Fläche verteilt ist, so schraffieren Sie bitte die Schmerzzone.



Suchen Sie bitte aus der folgenden Tabelle Wörter aus, die Ihren Schmerz beschreiben.

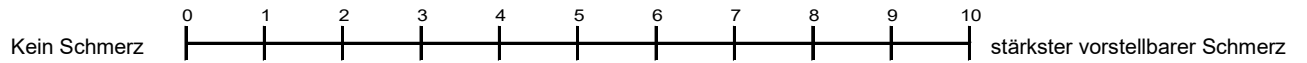
dumpf  
 bohrend  
 stechend  
 klopfend

ziehend  
 drückend  
 brennend  
 pochend

bestrafend  
 lästig  
 zermürbend  
 furchterregend

Wie intensiv sind Ihre Schmerzen?

Machen Sie ein x an der Stelle der Skala, die der Stärke Ihrer Schmerzen entspricht.



Nennen Sie bitte Ihre jetzigen Beschwerden in der Reihenfolge Ihrer Bedeutung (psychische und körperliche Beschwerden, z. B. 1. Schmerzen in der Lendenwirbelsäule, 2. Schwindel, 3. Knieschmerzen 4. Kopfschmerzen 5. Ängste, Zwänge, Trauer, Depressionen usw.)

Beschwerden	seit
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Wie stark sind Sie durch die Beschwerden in Ihren Aktivitäten – im Alltag - eingeschränkt (Freizeit, Haushalt)?

Wie lange können Sie sitzen? \_\_\_\_\_ Min. \_\_\_\_\_ Stunden

Wie lange können Sie stehen? \_\_\_\_\_ Min. \_\_\_\_\_ Stunden

Wie lange können Sie gehen? \_\_\_\_\_ Min. \_\_\_\_\_ Stunden

Wie weit können Sie gehen? \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ km

### 1.2 Bisheriger Verlauf der jetzigen Beschwerden

Gab es besondere Ereignisse, die zu Ihren Beeinträchtigungen geführt oder diese verändert haben?

---

---

---

### 1.3 Weitere Reha relevante Erkrankungen / Operationen / Unfälle

**1.3.1 Eigenanamnese** (Kinderkrankheiten, Operationen, Unfälle, Herz-Kreislaufkrankungen, Berufserkrankungen, chronische Begleiterkrankungen usw.)

---

---

---

---

---

#### 1.3.2 Diagnostik

Welche Untersuchungen sind in den letzten 3 Jahren bei Ihnen durchgeführt worden?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Röntgen                  | <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung      | <input type="checkbox"/> Magenspiegelung       |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall              | <input type="checkbox"/> Laboruntersuchungen       | <input type="checkbox"/> Herzkatheter          |
| <input type="checkbox"/> CT (Computertomographie) | <input type="checkbox"/> MRT (Kernspintomographie) | <input type="checkbox"/> andere, welche? _____ |

#### 1.3.3 Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (auch „Pille“, Schlaf- oder Abführmittel)?

Name des Medikamentes, Stärke	Dosis: morgens-mittags-abends-nachts	tgl.	bei Bedarf
_____	_____	<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"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Allergien/Unverträglichkeiten:

- keine
- ja, gegen \_\_\_\_\_ (entsprechend ärztlichem Attest / Allergiepass

**Behandelnde Ärzte** (Bitte vollständige Adresse und Telefonnummern)

Hausarzt \_\_\_\_\_

Facharzt \_\_\_\_\_

Facharzt \_\_\_\_\_

**1.3.4 Therapie**

Welche Behandlungen werden zurzeit (innerhalb der letzten 4 Wochen) durchgeführt?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik  | <input type="checkbox"/> TENS            | <input type="checkbox"/> Elektrotherapie/Bestrahlungen |
| <input type="checkbox"/> Massagen          | <input type="checkbox"/> Packungen       | <input type="checkbox"/> Wärmebehandlungen             |
| <input type="checkbox"/> Kältebehandlungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |  |

Welche Therapien haben Ihnen geholfen? \_\_\_\_\_

Welche Therapien brachten nicht den gewünschten Erfolg? \_\_\_\_\_

**1.3.5 Frühere Reha-Aufenthalte**

Frühere Reha-Leistungen (ambulant / stationär): \_\_\_\_\_

**1.3.6 Risikofaktoren**

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus       | <input type="checkbox"/> Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie       | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung |                                      |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |  |                                      |

**1.4. Biografische Anamnese**

Gibt es belastende Ereignisse in Ihrem Leben?

**1.5. Vegetative Anamnese**

Appetit:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> zu gut
Durst:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu viel	<input type="checkbox"/> zu wenig
Gewicht:	<input type="checkbox"/> konstant Ich wiege ca. _____ kg. Körpergröße: _____ cm	In den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> zugenommen ca. _____ kg <input type="checkbox"/> abgenommen ca. _____ kg	
Stuhlgang:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> häufig Durchfall
Wasserlassen:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> Nachtröpfeln
		<input type="checkbox"/> verzögert	<input type="checkbox"/> Brennen
		<input type="checkbox"/> ich verliere Wasser	
Nächtliches Wasserlassen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja, Ich muss nachts _____ x Wasser lassen	
Husten, Auswurf:	<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten
Luftnot:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> bei Belastung,	<input type="checkbox"/> in Ruhe
		<input type="checkbox"/> bei bestimmten Reizungen	
Schlaf:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Einschlafstörung	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörung
		<input type="checkbox"/> Schmerzbedingte Schlafstörung	
		<input type="checkbox"/> morgendliche Zerschlagenheit	

## 2. Sozialmedizinische Anamnese

### 2.1. Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

#### 2.1.1 Familiäre Situation, Anzahl Kinder

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

#### 2.1.2 Wohnsituation / Art der häuslichen Versorgung

Ich wohne in einer

Mietwohnung       Eigentumswohnung       eigenes Haus       sonstige Unterkunft

Mein Ehepartner bzw. Lebensgefährte ist  berufstätig  EMI Rentner  Altersrentner  
 arbeitslos  Hausfrau / Hausmann

Ich habe einen eigenen Haushalt

Bei der häuslichen Versorgung brauche ich keine Hilfe

Ich bin pflegebedürftig, anerkannte Pflegestufe \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Ich habe Unterstützung durch eine ambulante Pflege

#### 2.1.3 Soziale Situation / soziale Belastungen, Migrationshintergrund

Ich habe einen Führerschein Klassen \_\_\_\_\_  Ich habe einen Pkw

Ich habe keinen Führerschein

Es bestehen keine psychischen oder sozialen Belastungen

Ich habe einen Freundeskreis

Ich werde durch die Familie unterstützt

Es bestehen Belastungen durch die Pflege von Angehörigen

Es bestehen Belastungen durch kritische Lebensereignisse in Kindheit und Jugend

Es bestehen Belastungen durch kritische Lebensereignisse im Erwachsenenalter

Es bestehen Belastungen durch Sucht oder Abhängigkeit

Es bestehen Belastungen durch die Situation in der Familie oder Partnerschaft

Es bestehen Belastungen durch die Situation im Beruf bzw. am Arbeitsplatz

Es bestehen Belastungen durch Arbeitsplatzverlust

Es bestehen Belastungen durch andere Probleme \_\_\_\_\_

---

Sehen Sie bei sich einen Zusammenhang zwischen seelischen Belastungen und den körperlichen Beschwerden?

ja       nein

#### 2.1.4 Finanzielle Situation

Es bestehen Belastungen durch finanzielle Probleme

#### 2.1.5 Freizeitverhalten

Hobbys/Freizeitbeschäftigungen: \_\_\_\_\_

### 2.1.6 Risikoverhalten

Ernährung:	<input type="checkbox"/> ausgewogen	<input type="checkbox"/> zu viel Süßes <input type="checkbox"/> zu viel Fett <input type="checkbox"/> zu wenig Gemüse <input type="checkbox"/> zu viel Fleisch
Alkohol / Drogen:	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich	Alkohol..... Art / Menge Drogen..... Art / Menge
Nikotin:	<input type="checkbox"/> nein (seit _____) <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren / Zigarillos <input type="checkbox"/> Pfeife Anzahl/Tag _____

### 2.1.7 Sozialversicherungsrechtlicher Status

Ich bin erwerbstätig       Ich bin arbeitslos

Ich beziehe eine Rente wegen voller Erwerbsminderung      seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich beziehe eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung      seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich beziehe eine Rente wegen Berufsunfähigkeit      seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich habe einen Antrag auf     Rente wg. voller Erwerbsminderung gestellt am \_\_\_\_\_

Ich habe einen Antrag auf     Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gestellt am \_\_\_\_\_

Ein Rentenanspruch wurde abgelehnt      am \_\_\_\_\_

Widerspruch wurde eingelegt      am \_\_\_\_\_

Es läuft ein Sozialgerichtsverfahren

MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) von \_\_\_\_\_ % (Berufsgenossenschaft) seit \_\_\_\_\_

Ich habe einen GdB (Grad der Behinderung) von \_\_\_\_\_ ° (Versorgungsamt) seit \_\_\_\_\_

Ich habe einen Antrag auf **berufliche** Rehabilitation gestellt am \_\_\_\_\_

### 2.2. Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

#### 2.2.1 Beruflicher Werdegang

Mein Schulabschluss \_\_\_\_\_ Klasse (z. B. Realschule / POS 10. Klasse)

Ich habe eine abgeschlossene Berufsausbildung als \_\_\_\_\_

Ich habe ein abgeschlossenes Studium als \_\_\_\_\_

Ich bin umgeschult worden: Umschulungsberuf \_\_\_\_\_  
Kostenträger \_\_\_\_\_

Ich habe keine abgeschlossene Berufsausbildung

#### Meine berufliche Entwicklung:

von – bis (Jahr)      Tätigkeit als

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.2.2 Beschreibung des jetzigen bzw. letzten Arbeitsplatzes (Es gilt die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit über mehr als 6 Monate):**

---

---

---

Besondere Belastung am Arbeitsplatz  ja  nein

Der Arbeitsweg beträgt \_\_\_\_\_ Stunden / \_\_\_\_\_ Kilometer

Zufriedenheit am Arbeitsplatz besteht  ja  nein  teilweise

Arbeitszeit (z. B. Schichtdienst, geregelte Arbeitszeit) \_\_\_\_\_

Die Tätigkeit ist (war) eine

leichte körperliche Arbeit (weniger als 10 kg tragen)

leichte - mittelschwere Arbeit (Anteil mittelschwerer Arbeiten höchstens 50%)

mittelschwere körperliche Arbeit (15 kg Heben oder Tragen) ca. \_\_\_\_\_ kg bis \_\_\_\_\_ kg

schwere körperliche Arbeit (40 kg Heben oder Tragen) ca. \_\_\_\_\_ kg bis \_\_\_\_\_ kg

**2.2.3 Arbeitsunfähigkeitszeiten**

Wie viele Wochen/Monate waren Sie während der vergangenen 12 Monate insgesamt arbeitsunfähig (Krank geschrieben)?

---

Was war der Anlass bzw. die Ursache für die Arbeitsunfähigkeit?

---

Ich bin derzeit arbeitsunfähig, seit \_\_\_\_\_

**2.3. Subjektive Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe**

Welche Gewichte können Sie heben oder tragen? \_\_\_\_\_ kg

Können Sie knien bzw. hocken?  ja  nein  eingeschränkt

Können Sie Leitern und Treppen steigen?  ja  nein  eingeschränkt

Können Sie über dem Kopf arbeiten?  ja  nein  eingeschränkt

Können Sie sich Bücken?  ja  nein  eingeschränkt

Sind bei Ihnen folgende Körperteilbewegungen eingeschränkt?

Kopf-/Halsbewegungen  Rumpfbewegungen  Armbewegungen

Hand-/Fingerbewegungen  Bein-/Fußbewegungen

Sind bei Ihnen folgende Fähigkeiten eingeschränkt?

Sehen  Hören  Sprechen

Tasten/Fühlen  Gestik/Mimik  Riechen/Schmecken

Lesen  Rechnen  Schreiben

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**