

Auf die Freiwilligkeit zur Übermittlung von personenbezogenen Daten wird ausdrücklich hingewiesen.



PATIENTENFRAGEBOGEN PSYCHOSOMATISCHE ABTEILUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine stationäre Behandlung in der Rehabilitationsklinik Göhren auf Rügen vorgesehen. Zur Vorbereitung der psychosomatischen Aufnahmeuntersuchung bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse, diesen Fragebogen in Ruhe und sorgfältig auszufüllen. Ihre Mitarbeit ist Voraussetzung dafür, dass wir uns intensiv Ihren individuellen Problemen widmen und Sie gezielt behandeln können.

Wichtig: Senden Sie diesen Fragebogen mit der Anreisemitteilung bitte spätestens innerhalb von sieben Tagen an uns zurück!

Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an bzw. tragen Sie die Angaben in die vorgesehenen Spalten gut leserlich ein.

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Anschrift der
Krankenkasse: _____

Wer hat die Rehabilitation empfohlen, vorgeschlagen?

- Eigeninitiative
- Anregung durch den behandelnden Arzt; wenn ja, welcher (Facharzt für Psychiatrie, Neurologie, Hausarzt, Orthopäde o.a.) _____
- Anregung durch den Psychotherapeuten
- Anregung durch die Krankenkasse
- Anregung durch eine Akutklinik
- Anregung durch den Rentenversicherungsträger

1. Anamnese

1.1 Jetzige Beschwerden

Nennen Sie bitte Ihre jetzigen **psychosomatischen Beschwerden** in der Reihenfolge Ihrer Bedeutung z. B. Traurigkeit, Ängste, Zwänge, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Unruhe, Schwindel, Herzrasen, Rückzug, Konzentrationsprobleme

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

Nennen Sie bitte Ihre jetzigen **körperlichen** Beschwerden in der Reihenfolge Ihrer Bedeutung z. B. Schmerzen in der Lendenwirbelsäule, Kopfschmerzen, Knieschmerzen etc.

Beschwerden	seit
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Worauf führen Sie Ihre Beschwerden zurück bzw. was halten Sie für die Ursache Ihrer Beschwerden?

Die **psychischen** Beschwerden führe ich zurück auf:

Die **körperlichen** Beschwerden führe ich zurück auf:

1.2. Eigene Krankheitsvorgeschichte bzgl. psychosomatischer Beschwerden

(z.B. Depressionen, Ängste, Zwänge, Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen, körperliche Beschwerden, für die keine ausreichenden organischen Ursachen festgestellt wurden)

Wann traten erstmalig psychosomatische Beschwerden auf?

Gab es akute Ereignisse, die zu den Beeinträchtigungen geführt haben?

Wie war seitdem der Verlauf bis heute?

Welche diagnostischen Untersuchungen sind in den letzten drei Jahren bei Ihnen durchgeführt worden (Labor, Röntgen, Ultraschall, psychotherapeutisch-psychiatrische Untersuchungen etc.)?

Welche psychotherapeutischen / psychiatrischen Behandlungen sind erfolgt (ambulant, stationär, Tagesklinik)?

Was tun Sie selbst, um Ihre Beschwerden zu verringern bzw. zu bewältigen?
(z.B. Hobby, Freunde, Spaziergehen, Sport, Tiere usw.)

Haben Sie bereits vorher eine medizinische Rehabilitation durchgeführt (welche Art, wann, wo)?

1.4. Biografische Anamnese (Herkunftsfamilie und belastende Lebensereignisse, inklusive psychischer und körperlicher Erkrankungen)

Mein Vater lebt Alter: _____
 ist _____ (Jahr) gestorben im Alter von _____ Jahren

Krankheiten: _____

berufstätig arbeitslos Rentner

Beruf (erlernt / ausgeübt):

Meine Mutter lebt Alter: _____
 ist _____ (Jahr) gestorben im Alter von _____ Jahren

Krankheiten: _____

berufstätig arbeitslos Rentner

Beruf (erlernt / ausgeübt):

Meine Geschwister:

Geburtsjahr	(ggf. Sterbejahr)	Geschlecht	Krankheiten
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

Auffälligkeiten und belastende Lebensereignisse / Lebensumstände in Ihrer Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter mit Auswirkungen auf die Entwicklung:

(z.B. schwerwiegende Kinderkrankheiten, längere Krankenhausaufenthalte, Trennungserlebnisse, Scheidung der Eltern, belastenden Lebensereignisse, Schicksalsschläge, Todesfälle in der Familie mit psychischen Auswirkungen u. a.)

1.5. Vegetative Funktionen

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.	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"/> wechselnd <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"/> ich verliere Wasser	<input type="checkbox"/> Brennen
Nächtliches Wasserlassen:	<input type="checkbox"/> Nein	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"/> bei bestimmten Reizungen	<input type="checkbox"/> in Ruhe
Schlaf:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Einschlafstörung <input type="checkbox"/> schmerzbedingte Schlafstörung <input type="checkbox"/> morgendliche Zerschlagenheit	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörung
Allergien:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, gegen	

2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1. Sozialanamnese

Derzeitiger Familienstand: _____

Angaben zum Partner: Alter: _____ Jahre Beruf: _____

Wohnsituation (Miete, Eigentum, Wohngemeinschaft): _____

Wer wohnt noch mit im Haushalt? _____

Welches Einkommen beziehen Sie (Gehalt, Krankengeld, Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II, Rente)? _____

Welche Führerscheinklasse haben Sie? _____

Kinder:

Geburtsjahr	Geschlecht	Beruf	Krankheiten
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____

Aktuelle und bisherige Partnerschaften:

Ehe oder Partnerschaft: von – bis (ggf. Hochzeitsjahr/Scheidungsjahr)

1. _____
2. _____
3. _____

Sozialversicherungsrechtlicher Status:

Erwerbstatus

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erwerbstätig | <input type="checkbox"/> Altersrentner/in |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslos | <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrentner/in |
| <input type="checkbox"/> In Ausbildung | <input type="checkbox"/> Laufende Sozialgerichtsverfahren |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann | <input type="checkbox"/> Vorruhestand |

Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB)?

- ja Wie hoch? _____ Seit wann? _____
 nein

Haben Sie eine Minderung der Erwerbsfähigkeit?

- ja Wie hoch? _____ Seit wann? _____
 nein

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt?

- ja Seit wann? _____
 nein

Haben Sie bei der Rentenversicherung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) beantragt und mit welchem Verlauf?

Freizeitgestaltung:

Womit beschäftigen Sie sich in Ihrer Freizeit?

Zu wem bestehen regelmäßige soziale Kontakte (Gruppen, Vereine etc.)?

Aktuelle Stress- und Belastungsfaktoren:

(Welche Lebensumstände empfinden Sie schnell als Belastung?)

- Verschlechterung des Gesundheitszustandes
 Kränkungen/Demütigungen am Arbeitsplatz
 Arbeitsplatzverlust
 Drohender Arbeitsplatzverlust
 Lang anhaltende Arbeitslosigkeit
 Versetzung/Umsetzung am Arbeitsplatz
 Zuspitzung partnerschaftlicher Konfliktsituation
 Trennung/Scheidung
 Verlusterlebnisse (Tod naher Angehöriger, Freunde)
 Probleme/Auseinandersetzungen mit den eigenen Kindern
 Pflege von Angehörigen
 Andere Belastungen in der Beziehung zu Angehörigen
 Schlechte finanzielle Gesamtsituation
 Andere Belastungen; wenn ja, welche: _____

Risikofaktoren und 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
Bewegung:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu wenig
Stress:	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig	durch:
Alkohol:	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich Bier/Tag Wein/Tag anderes/Tag
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 _____

Andere Drogen:	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich	
Problematische Bewältigungsversuche in Konfliktsituationen	<input type="checkbox"/> Grübeln <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug <input type="checkbox"/> Durchhalten <input type="checkbox"/> Andere _____	<input type="checkbox"/> Vermeidung <input type="checkbox"/> Bagatellisieren <input type="checkbox"/> Überengagement im Arbeitsbereich

2.2. Arbeits- und Berufsanamnese

Derzeitiger Erwerbstatus:

angestellt
 selbstständig
 arbeitslos
 Rentner

Beruflicher Werdegang:

Mein Schulabschluss _____ Klasse (z. B. 10. Klasse)

Abgeschlossene Berufsausbildung:

ja
 nein

Meine berufliche Entwicklung (inkl. Ausbildung, Umschulung, Arbeitslosigkeit):

von – bis (Jahr) Tätigkeit als:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Jetzige bzw. letzte berufliche Tätigkeit in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis (Für arbeitslose Pat. gilt der letzte reguläre Beruf, nicht ABM oder 1 Euro-Job, die letzte Tätigkeit sollte mindestens ½ Jahr ausgeübt worden sein.)

Beschreibung des jetzigen Arbeitsplatzes, bei zurzeit arbeitslosem Pat. gilt die letzte reguläre Tätigkeit, nicht ABM oder 1-Euro-Job: (Mehrfachnennungen möglich)

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
 psychisch belastend durch: _____

Ganztagsarbeit
 Teilzeitarbeit _____ Stunden / Woche
 Tagschicht
 Frühschicht
 Spätschicht
 Nachtschicht

Belastungen bei der jetzigen Arbeit, bei zurzeit arbeitslosen Pat. gilt die letzte reguläre Tätigkeit, nicht ABM oder 1-Euro-Job:

	ständig	überwiegend	zeitweise
Stehen			
Gehen			
Sitzen			
Überkopfarbeit			
Treppensteigen			
Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten			
Knien			
Heben von Lasten			
Bücken			
Hocken			
Zugluft, Kälte, Nässe			
Lärm			
Zeitdruck			
Akkordarbeit			
Bildschirmarbeit			
Konzentration			
Publikumsverkehr			
Überwachung und Steuerung von Anlagen			

Das Erreichen des Arbeitsplatzes war/ist

- kein Problem
 ein Problem - Warum? _____
 Es bestand/besteht Zufriedenheit am Arbeitsplatz
 Es bestand/besteht keine Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Warum nicht? _____

Die letzte Tätigkeit

- traue ich mir weiterhin zu
 traue ich mir nicht mehr zu. Warum nicht? _____

Arbeitsunfähigkeitszeiten/Krankschreibungen in den vergangenen 12 Monaten

von – bis Erkrankung

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig/krankgeschrieben?

Wenn ja, seit wann? Erkrankung

2.3. In welchen Lebensbereichen und in welchem Ausmaß sind Sie durch die Beschwerden beeinträchtigt?

	keine Beeinträchtigung	mittelgradige Beeinträchtigung	starke Beeinträchtigung
familiäre/häusliche Verpflichtungen			
soziale Aktivitäten (z. B. Feste feiern, Essen gehen)			
Erholung (z. B. Hobbys, Sport, Freizeit)			
Selbstversorgung (z. B. Waschen, Anziehen)			
Sexualität			
berufliche Tätigkeit			

Zielstellung:

Was möchte ich während meiner Rehabilitation erreichen?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!