

Sehr geehrte/-r Rehabilitandin/Rehabilitand,
um die Behandlung in unserem Hause für Sie erfolgreich zu gestalten, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen insbesondere zu Punkt 2.2 und 2.3 vollständig auszufüllen. Mit Ihren Angaben unterstützen Sie eine erfolgreiche Reha-Planung.

Dieses Formular ist kurzfristig an die Klinik zurück zu senden!

ANGABEN ZUR EIGENEN PERSON

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Sozialversicherungsnummer: _____
Telefon-Nummer: _____ Mobil: _____
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

1. Anamnese

1.2 Reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle

Operationen/Unfälle/Arbeitsunfälle (mit Jahresangabe):

Andere Erkrankungen z.B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit (mit Jahresangabe):

Bisherige Rehabilitationsmaßnahmen:

Jahr: _____ Ort: _____ wegen _____
Jahr: _____ Ort: _____ wegen _____

1.4. Biographische Anamnese (bei psychischen Störungen)

Wie schätze ich den Informationsgrad über meine Erkrankung ein:

gut ausreichend schlecht

In letzter Zeit fühle ich mich durch Probleme belastet, die den Bereich

Partnerschaft / Familie betreffen: ja nein

Arbeitsplatz betreffen: ja nein

Bei mir gab es in den letzten Wochen außergewöhnliche Ereignisse (Unfall, Todesfall), die mich sehr belasten: nein ja _____

Ich fühle mich über längere Zeit traurig, niedergeschlagen: ja nein

Ich hatte mehr als einmal Angstzustände oder Panikattacken: ja nein

Ich habe sonstige psychische oder soziale Belastungen: ja nein
Suchtproblematik: Alkohol Nikotin Medikamente

2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Familiäre Situation: ledig verheiratet geschieden getrennt lebend
 verwitwet Lebenspartner/in

Ehe-/Partner: berufstätig Rentner Frührentner Hausmann/-frau

Kinder: nein ja, ___ im Alter von ____, davon ___ im Haushalt lebend.

Leben weitere Personen im Haushalt: nein ja, _____

Sind Sie zurzeit durch Pflege von Angehörigen oder sonstigen Personen belastet?

nein ja, _____

Erhalten Sie derzeit ausreichende soziale Unterstützung nein ja, durch

Die häusliche Situation empfinde ich als geordnet problematisch, weil:

Sind Sie finanziell abgesichert? ja nein keine Angaben

Die Deckung des Lebensunterhaltes wird bestritten bzw. ist beantragt durch:

eigene Erwerbstätigkeit Bürgergeld ALG I Krankengeld BU-Rente

volle Erwerbsminderungsrente Teilerwerbsminderungsrente

befristet, bis wann: _____ unbefristet, seit wann? _____,

weshalb? _____

Altersrente ist beantragt

Freizeitverhalten/Hobbies (z.B. Lesen, Handarbeiten, Kino, Walken, Schwimmen):

Regelmäßige körperliche/sportliche Betätigung: nein ja

welche: _____ mal/Woche.

Bewegungsmangel: nein ja

Können Sie schwimmen: nein ja

Stürze/Sturzangst

Sind Sie im letzten Jahr gestürzt? nein ja, Anzahl der Stürze _____

Haben Sie Sturzangst? nein ja

Grad der Behinderung (GdB) _____ Merkzeichen: _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) _____% (Berufsgenossenschaft)

Erstantrag oder Verschlimmerungsantrag ist gestellt: ja nein

Laufende Rechtsstreitigkeiten (Versicherung, Sozialgericht, o.ä) nein ja, mit

wem _____

Laufendes Rentenverfahren: ja nein

Vorsorgevollmacht Patientenverfügung gesetzliche Betreuung

Ist eine Kommunikation in deutscher Sprache möglich

ja nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich? _____

Risikofaktoren

Raucher: nein ja ___ Zigaretten/Zigarren/Pfeifen pro Tag

Alkohol: nie gelegentlich täglich: _____

Lebensmittelunverträglichkeit: _____

Allergien: keine bekannt ja, auf _____

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

Schulbildung mit Abschluss: _____

Berufsausbildung zur/zum: _____

mit Abschluss ohne Abschluss ohne Berufsausbildung

Zurzeit bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

Betriebszugehörigkeit: _____ Jahre

Berufswechsel aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen: nein ja,
wegen _____

Umschulungen: nein ja, im Jahr _____ zum _____
Warum? _____

Arbeitslos: nein ja, seit _____ Warum? _____

Die zuletzt bzw. aktuell ausgeübte Tätigkeit wurde/wird ausgeübt in

Vollzeit Teilzeit _____ Stunden pro Woche _____ Stunden pro Monat,
wegen _____ (Begründung der Teilzeit).

2-Schichtdienst (Früh- / Spät-) 3-Schichtdienst nur Nachtdienst

häufige Überstunden

Arbeitsplatzprobleme? nein ja, welche: _____

Betriebsklima: zufrieden unzufrieden

Ist eine betriebsärztliche Betreuung/Gesundheitsförderung vorhanden? nein ja

Erreichen des Arbeitsplatzes: zu Fuß Fahrrad öffentlicher Nahverkehr Pkw

Entfernung vom Wohnort: _____ km einfach. Fahrdauer: _____ Minuten / Stunden

Eigene Arbeitsplatzbeschreibung: (z.B. überwiegend sitzend, am Bildschirm, Heben und Tragen wie oft/wie viel, ungünstige Körperhaltungen, Witterungseinflüsse, Kundenkontakt, Augenbelastungen)

das Arbeitsverhältnis besteht noch wurden sie gekündigt

Trauen Sie sich Ihre berufliche Tätigkeit weiterhin zu? ja nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben? nein ja

bis 3 Monate bis 6 Monate über 6 Monate ausgesteuert (über 78 Wochen)

wie viele Wochen insgesamt: _____

Diagnose/n: _____

2.3 Subjektive Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

Bestehen Beeinträchtigungen der Mobilität (z.B. beim Gehen, Treppensteigen, Heben und Tragen) _____

Bestehen Beeinträchtigungen beim Lernen, Kommunikation, Konversation (z.B. Lesen, Schreiben, Problemlösung, Entscheidungen treffen)

- Bestehen Beeinträchtigungen bei allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (z.B. Einzel- und Mehrfachaufgaben übernehmen, tägliche Routine planen und durchführen, mit Stress, Krisensituationen u. anderen psychischen Anforderungen umgehen)

Ihre persönlichen Reha-Ziele für das bei uns durchgeführte Heilverfahren:

Wichtiger Hinweis:

Diese Fragen entstammen dem Konzept des „gemeinsamen und einheitlichen Rehabilitationsentlassungsberichtes“ aller rentenversicherungsrechtlichen Träger der Bundesrepublik und sind somit für die DRV verbindlich. Wir bitten Sie daher, diese Fragen nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten. Auf die möglichen Rechtsfolgen mangelnder Mitwirkung des Rehabilitanden an der Gesundheitsmaßnahme wird hier vorsorglich und ausdrücklich hingewiesen.

Adresse des Hausarztes / Facharztes

In Einzelfällen kann eine Rücksprache mit Ihrem Arzt notwendig sein.

Name: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Faxnummer _____

Ich entbinde die Rehaklinik Wiesengrund dem hier genannten Arzt gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht. ja nein

Auskünfte und Informationen zu meinem gesundheitlichen Zustand darf die Rehaklinik Wiesengrund geben an (Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber Angehörigen):

Name: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil: _____

Verwandtschaftsverhältnis/Rolle (z.B. Ehemann/-frau, Tochter, Sohn, Nachbar/in): _____

Datenschutz:

Wir benötigen gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre Einwilligung um die uns anvertrauten, für die Behandlung notwendigen Daten verarbeiten zu dürfen.

Wir erheben Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung.

Während Ihres Rehabilitationsaufenthalts möchten wir Sie im Rahmen unserer Anwendungen und Serviceleistungen gern persönlich unter Ihrem Namen ansprechen und Ihre Rehaleistungen dokumentieren (z.B. namentliche Kennzeichnung Ihres Speisesaalplatzes).

Das ausführliche Informationsblatt „Verarbeitung personenbezogener Daten“ finden Sie auf unserer Internetseite www.reha-klinik-wiesengrund.de unter dem Menüpunkt „Kontakt/Downloads & Links“ und es kann Ihnen auf Wunsch zugesandt werden.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß den Ausführungen im Informationsblatt „Verarbeitung personenbezogener Daten“ durch die Klinik Wiesengrund GmbH & Co. KG ein.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Rehabilitanden/-in

Kenntnisnahme Arzt -Rehaklinik Wiesengrund

Dieses Formular ist kurzfristig an die Klinik zurück zu senden!