

Sehr geehrte/-r Rehabilitandin/Rehabilitand,
damit wir Ihre Behandlung in unserem Hause bestmöglich planen zu können, bitten wir Sie, den nachfolgenden vollständig auszufüllen – besonders die Punkte 2.2 und 2.3. Ihre Angaben helfen uns, Ihre Reha optimal vorzubereiten.

Senden Sie dieses Formular bitte kurzfristig an die Klinik zurück!

ANGABEN ZUR EIGENEN PERSON

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

1. Anamnese

1.2 Reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle (Orthopädisch)

Operationen/Unfälle/Arbeitsunfälle (mit Jahresangabe):

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

Bisherige therapeutischen Maßnahmen:

Welche Behandlungen wurden in den letzten 24 Monaten vor dieser Maßnahme durchgeführt? Bitte beurteilen Sie das Ergebnis der jeweiligen Behandlung mit

1 = positivem Effekt

2 = kurzzeitigem Effekt

3 = ohne anhaltenden Effekt

☐ Physiotherapie _

☐ Chirotherapie _

☐ Osteopathie _

☐ Akupunktur _

☐ Psychotherapie _

☐ Andere _____

☐ Injektion _, Körperteil _____ ☐ Infiltration _, Körperteil _____

☐ Keine

Hatten Sie bereits Rehabilitationsmaßnahmen? Wenn ja, geben Sie bitte an:

Jahr: _____ Ort: _____ wegen _____

Jahr: _____ Ort: _____ wegen _____

Wie gut sind Sie über Ihre Erkrankung informiert? ☐ gut ☐ ausreichend ☐ schlecht

Haben Sie seelische / psychische Belastungen? (1.4. Biographische Anamnese)

☐ Nein – weiter mit Abschnitt 2 ☐ ja, bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Haben Sie In letzter Zeit Probleme in diesen Bereichen, die Sie belasten?

Partnerschaft ☐ ja ☐ nein Familie: ☐ ja ☐ nein Arbeitsplatz: ☐ ja ☐ nein

Gab es außergewöhnliche Ereignisse (Unfall, Todesfall), die Sie noch immer sehr belasten?

☐ nein ☐ ja _____

Fühlen Sie sich über längere Zeit traurig, niedergeschlagen? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie mehr als einmal Angstzustände oder Panikattacken: ☐ ja ☐ nein

Haben Sie sonstige psychische oder soziale Belastungen: ☐ ja ☐ nein

Suchtproblematik (bei ja bitte ankreuzen): ☐ Alkohol ☐ Nikotin ☐ Medikamente

2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren - Angaben zu Ihnen und Ihrem Umfeld

Sind Sie: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend ☐ verwitwet

☐ Lebenspartner/in, diese/r ist ☐ berufstätig ☐ Rentner ☐ Frührentner ☐ Hausmann/-frau

Haben Sie Kinder: ☐ nein ☐ ja, ____ (Anzahl) im Alter von _____, davon ____ im Haushalt lebend.

Leben weitere Personen in Ihrem Haushalt: ☐ nein ☐ ja, _____

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

☐ nein ☐ ja, _____

Bekommen Sie im Moment genug Hilfe von anderen Menschen (z. B. von Familie, Freunden oder Nachbarn)? ☐ nein ☐ ja, durch _____

Wie empfinden Sie Ihre häusliche Situation? ☐ geordnet ☐ problematisch, weil: _____

Haben Sie finanzielle Sorgen? ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angaben

Der Lebensunterhalt (Miete, Essen etc.) wird bezahlt durch Einnahmen aus (auch Beantragtes ankreuzen):

☐ eigene Erwerbstätigkeit ☐ Erwerbstätigkeit des/der Partner/in

☐ Bürgergeld ☐ ALG I ☐ Krankengeld ☐ BU-Rente ☐ befristet, bis wann: _____

☐ Erwerbsminderungsrente ☐ Voll ☐ Teil ☐ unbefristet, seit wann? _____

☐ Altersrente ist beantragt wegen _____

Was machen Sie in Ihrer Freizeit (z.B. Lesen, Sport, Handarbeiten, Kino, Walken, Schwimmen)? _____

Können Sie schwimmen? ☐ nein ☐ ja

Bewegen Sie sich regelmäßige körperlich und oder sportlich? ☐ nein ☐ ja

wie: _____ mal/Woche.

Haben Sie Bewegungsmangel? ☐ nein ☐ ja

Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt? ☐ nein ☐ ja, Anzahl der Stürze _____

Haben Sie Angst zu stürzen (Sturzangst)? ☐ nein ☐ ja

Ist eine Schwerbehinderung anerkannt? ☐ Nein ☐ Ja, Grad der Behinderung (GdB) _____ Merkzeichen: _____

Ist eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) festgestellt? ☐ Nein ☐ Ja, _____% (Berufsgenossenschaft)

Haben Sie einen Erstantrag oder Verschlimmerungsantrag gestellt? ☐ ja ☐ nein

Laufen Rechtsstreitigkeiten (Versicherung, Sozialgericht, o.ä) ☐ nein ☐ ja, mit _____

Laufendes Rentenverfahren: ☐ ja ☐ nein

Haben Sie (bei ja bitte ankreuzen): ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Patientenverfügung ☐ gesetzliche Betreuung

Können Sie gut Deutsch verstehen und sprechen?

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

Fragen zu Ihren Risikofaktoren:

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja ____ Zigaretten/Zigarren/Pfeifen pro Tag

Trinken Sie Alkohol? ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ täglich: _____

Haben Sie eine Lebensmittelunverträglichkeit: ☐ keine bekannt ☐ ja, auf _____

Haben Sie Allergien? ☐ keine bekannt ☐ ja, auf _____

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren - Arbeit und Arbeitsumfeld (zuletzt ausgeübter Beruf)

Schul Ausbildung mit Abschluss: _____

Berufsausbildung zur/zum: _____

☐ mit Abschluss ☐ ohne Abschluss ☐ ohne Berufsausbildung

Zurzeit bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

Betriebszugehörigkeit seit: ____ 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

Nutzen Sie eine betriebsärztliche Betreuung/Gesundheitsförderung vorhanden? ☐ nein ☐ ja

Bitte schätzen Sie Ihre körperliche Belastung (Arbeitsschwere) ein:

☐ leicht: Tragen von weniger als 10 kg und max. 5 % mittelschwere Tätigkeiten

☐ leicht-mittelschwer Tragen von weniger als 10 kg und max. 50 % mittelschwere Tätigkeiten

☐ mittelschwer Heben und Tragen mittelschwerer Lasten in der Ebene von 10 bis 15 kg

☐ schwer Tragen von bis zu 40 g schweren Lasten

Arbeitshaltung

Ständig: mind. 90 % überwiegend: bis max. 90 % zeitweise: bis max. 10 %

Tätigkeit im Sitzen ☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise

Tätigkeit im Stehen ☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise

Tätigkeit im Gehen ☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise

Schreibtisch-/Bildschirmarbeitsplatz ☐ überwiegend ☐ Arbeitsplatz ist ergonomisch ausgestattet

Weitere Arbeitshaltungen

Heben und Tragen von Lasten ☐ nein ☐ ja, ca. ____ kg Häufigkeit am Tag ____

Sind dazu Hilfsmittel vorhanden? ☐ nein ☐ ja, _____

Arbeiten in Zwangshaltungen (z.B. Überkopf, in Rückneige) ☐ nein ☐ ja

Häufiges Ersteigen von Treppen/Leitern/Gerüsten ☐ nein ☐ ja

Arbeiten in gebückter Haltung ☐ nein ☐ ja

Sind Sie äußeren Einflüssen ausgesetzt?

- ☐ Kälte/Nässe ☐ Hitze ☐ Staub ☐ Gerüche ☐ Dampf
☐ Gas ☐ hautreizende Stoffe ☐ atemwegsreizende Stoffe
☐ Lärm ☐ Erschütterungen/Vibrationen

Entfernung vom Wohnort: ____ km einfach Fahrtdauer: ____ Minuten / Stunden

Sonstiges zum Arbeitsplatz: (z.B. überwiegend am Bildschirm, ungünstige Körperhaltungen, Kundenkontakt, Augenbelastungen) _____

Erreichen des Arbeitsplatzes: ☐ zu Fuß ☐ Fahrrad ☐ öffentlicher Nahverkehr ☐ Pkw

Das Arbeitsverhältnis ☐ besteht noch ☐ wurde gekündigt

Trauen Sie sich Ihre berufliche Tätigkeit weiterhin zu? ☐ ja ☐ nein

Üben Sie eine Nebentätigkeit aus? ☐ nein ☐ ja, als _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben? ☐ nein (weiter mit 2.3) ☐ 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 – Ihr persönlicher Eindruck

☐ Bestehen Beeinträchtigungen der Mobilität, z.B. beim Gehen, Treppensteigen, Heben, 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)

Was sind Ihre persönlichen Reha-Ziele für die bei uns durchgeführte Maßnahme:

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 : _____

Straße, 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 Privatpersonen):

Name: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil: _____

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

Ich bin darüber informiert, dass eine Unterbrechung oder vorzeitige Beendigung der Maßnahme grundsätzlich nicht möglich ist. In der Zeit von 22.30 Uhr bis 6.00 Uhr besteht Anwesenheitspflicht

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

Senden Sie dieses Formular bitte kurzfristig an die Klinik zurück!