

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: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### 1. Anamnese

#### 1.1 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 \_\_\_\_\_

#### 1.2. 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:                               ja    nein

-----

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  Arbeitslosengeld/-hilfe  Sozialhilfe  berufliche Reha  
 EU/BU-Rente  BG-Rente  Altersrente  ist beantragt

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

\_\_\_\_\_

Regelmäßige körperliche/sportliche Betätigung:  nein  ja

welche: \_\_\_\_\_mal/Woche.

Bewegungsmangel:  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

### 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? \_\_\_\_\_

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. Fahrtdauer: \_\_\_\_\_ Minuten / Stunden

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

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

Trauen Sie sich Ihre berufliche Tätigkeit weiterhin zu?  ja  nein

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?  nein  ja, seit wann: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

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**

In Einzelfällen kann eine Rücksprache mit Ihrem Hausarzt notwendig sein.

Name: -----

PLZ, Ort: -----

Telefon, Faxnummer -----

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

Auskünfte und Informationen zu meinem gesundheitlichen Zustand darf die Rehaklinik Wiesengrund  
geben an [Entbindung von der Schweigepflicht]:

Name: -----

Telefon-Nr.: ----- Mobil: -----

Verwandtschaftsverhältnis/Rolle [z.B. Tochter, Nachbarin]: -----

**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](http://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“ [10/22, F GF 00 119 04] durch die Klinik Wiesengrund GmbH & Co. KG ein.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des/der Rehabilitanden/-in

-----  
Unterschrift Arzt der Rehaklinik Wiesengrund

**Dieses Formular ist kurzfristig an die Klinik zurück zu senden!**