

Bitte helfen Sie uns, indem Sie die folgenden Fragen vollständig beantworten und diesen Bogen **14 Tage vor der Anreise zurückschicken.**

Ankunft in der Klinik am _____ um _____ Uhr
Beachten Sie das Anreisefenster von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr.

mit öffentl. Verkehrsmitteln PKW _____

Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

PLZ/Ort: _____ Straße/Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____ Handynummer: _____

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Pflichtversichert freiwillig versichert Privatversichert

Datum/Unterschrift

Teilnahme am Disease-Management-Programm der Krankenkassen?

Nein Ja, an welchem _____

Im Notfall zu informierende Person:

Name: _____ Tel.-Nr.: _____

Ärzte

Name	Adresse	Fachrichtung	Telefon
		Hausarzt / -ärztin	
		Facharzt / -ärztin	
		Facharzt / -ärztin	

Gesetzlicher Betreuer? Ja Nein

Name	Adresse	Telefon
		E-Mail

Wenn ja, bitte Betreuerurkunde vorlegen.

Für die Rehabilitation maßgebliche Erkrankung / Hauptdiagnose

Bitte schildern Sie kurz wie Ihre Erkrankung bisher verlaufen ist (auch Diagnostik und Therapie)

Weitere Erkrankungen

Jahr der Diagnose	Erkrankungen/Operationen	Welche Therapie erfolgte? Medikamente?

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2)

Ja

Nein

Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyzeride)

Ja

Nein

Bluthochdruck

Ja

Nein

Haben Sie psychologische Probleme?

Ja

Nein

Sind Sie psychologisch behandelt worden?

Ja

Nein

Waren Sie deshalb schon einmal länger krankgeschrieben?

Ja

Nein

Nähere Angaben zur psychologischen Erkrankung (freiwillig):

Soziales Umfeld

Single/alleinlebend

Partnerschaft

verheiratet

verwitwet

geschieden

Wieviele Kinder haben Sie? _____

Wieviele Kinder leben mit **in Ihrem Haushalt?** _____

Wohnsituation: **Haus** oder **Wohnung**

Bei Wohnung: Welche **Etage?** _____ **Lift?** Ja Nein Anzahl der Stufen: _____

Haben Sie **familiäre Belastungen?** Wenn ja, welche?

Womit verbringen Sie Ihre **Freizeit?** Hobbies/Sportart (Häufigkeit):

Gibt es derzeit laufende **Verfahren am Sozialgericht?** Ja Nein

Wenn ja, weswegen? _____

Ist eine **Behinderung** bei Ihnen nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannt/beantragt? Ja Nein

Wenn ja, welcher **Grad?** _____ **Merkmale?** _____ Schwerbehindertenausweis Nr. _____

Ausstellungsort/Datum _____ ausgestellt durch _____

Beziehen Sie aktuell **Rente?** Ja Nein beantragt

Wenn ja, seit wann? _____ **Welche Art** Rente? _____

Haben Sie **sonstige Leistungen** z. B. Umschulungen o. ä. beantragt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Pflegegrad vorhanden? Ja Nein Wenn ja, welcher Grad? _____

Vegetative Körperfunktionen

Körpergröße _____ cm und aktuelles **Körpergewicht** _____ kg (Pflichtangabe)

Die Klinikeinrichtung ist nur für Personen bis 130 kg geeignet, wir bitten um Beachtung.

Hat sich Ihr **Körpergewicht** in letzter Zeit **verändert**? Ja Nein

Wenn ja, _____ kg **Gewichtszunahme** oder **Gewichtsabnahme** in welchem Zeitraum _____

Wie ist Ihr **Appetit**? gut mäßig schlecht

Haben Sie eine **Schlafstörung**? Keine beim Einschlafen beim Durchschlafen

Schnarchen Sie? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine **Schlafapnoe** festgestellt? Ja Nein

Wie ist Ihre **Verdauung/Stuhlgang**? regelmäßig Verstopfung Durchfall

Können Sie problemlos **Wasserlassen**? Ja Nein

Müssen Sie in der Nacht **Wasserlassen**? Ja Nein **Wenn ja**, wie häufig? _____ mal pro Nacht

Schwitzen Sie auffällig stark? Ja Nein

Allergien/Unverträglichkeiten

Welche **Medikamente** vertragen Sie nicht? _____

Welche **Lebensmittel** vertragen Sie nicht? _____

Welche **Allergien** bestehen außerdem noch? _____

Welche Risikofaktoren bestehen für Ihre Gesundheit?

Rauchen Sie zum aktuellen Zeitpunkt? Ja Nein wenn ja, seit wann? _____

Haben Sie jemals geraucht? Ja _____ Jahre Nein wenn ja, seit nicht mehr? _____

Wieviele Zigaretten rauchen Sie oder haben Sie im Durchschnitt **pro Tag** geraucht? _____

Trinken Sie **Alkohol**? nie gelegentlich regelmäßig täglich

Wenn ja, **was und wieviel** trinken Sie? _____

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Bitte in Stichpunkten aufzählen.

Beschwerden	dadurch bedingte Einschränkungen

Haben Sie **Probleme mit der Verarbeitung Ihrer Erkrankung**? Ja Nein

Bitte beschreiben Sie in kurzen Worten, was Sie bedrückt:

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Bitte fügen Sie **dringend** Ihren Medikamentenplan bei, im Idealfall den bundeseinheitlichen Medikamentenplan, den Sie von Ihrem Arzt erhalten.

Arbeit und Beruf

Welchen **Schulabschluss** haben Sie gemacht und wann? _____

Beruflicher Werdegang mit Zeitangaben

Ausbildung/jetziges Tätigkeit	von – bis

Kurze Beschreibung der Arbeitsabläufe Ihrer aktuellen bzw. letzten Haupttätigkeit und Nennung evtl.

Nebentätigkeiten: _____

Ich verrichte körperlich

<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> schwere	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte Arbeiten
<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelegentlich	im Stehen
<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelegentlich	im Gehen
	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelegentlich	im Sitzen

Arbeitsorganisation:

<input type="checkbox"/> ganztags	<input type="checkbox"/> halbtags	<input type="checkbox"/> _____ Stunden pro Woche	<input type="checkbox"/> Minijob
<input type="checkbox"/> Tagesschicht	<input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht	<input type="checkbox"/> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> Akkord
<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> selbstständig		

Dabei arbeite ich:

<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	mit Anforderungen an Konzentration und Reaktionsgeschwindigkeit am Bildschirm mit Publikumsverkehr im Hocken oder Knien in Zwangshaltungen (z. B.: Überkopfarbeiten, gebeugt etc.) mit Heben/Tragen bis zu _____ kg mit Körpererschütterungen im Freien mit Belastungen der Haut mit Belastungen der Atemwege durch Gase, Stäube oder Dämpfe
<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	
<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	
<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	
<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	
<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	
<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	
<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	
<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	
<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	

Dabei bestehen dauernde Einflüsse durch:

<input type="checkbox"/> Hitze	<input type="checkbox"/> Kälte	<input type="checkbox"/> Nässe	<input type="checkbox"/> Zugluft	<input type="checkbox"/> starke Temperaturschwankungen	<input type="checkbox"/> Lärm
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------

Gibt es **Probleme am Arbeitsplatz?** Nein Ja, welche _____

Wie und in welcher Zeit **erreichen** Sie Ihren **Arbeitsplatz?** _____

Betriebsärztliche Betreuung? Ja Nein

Krankschreibungen der letzten 12 Monate

von - bis	Wegen welcher Erkrankung?

Sind Sie **aktuell krankgeschrieben?** Nein Ja seit: _____ Grund: _____

Wurden Sie von Krankenkasse/Arbeitsamt zur Beantragung einer **med. Reha aufgefordert?** Nein Ja

Sind Sie zurzeit **arbeitsuchend/arbeitslos?** Nein Ja seit wann: _____

Wie wird Ihr **Lebensunterhalt** gesichert?

<input type="checkbox"/> Gehalt	<input type="checkbox"/> Krankengeld	<input type="checkbox"/> ALG I	<input type="checkbox"/> ALG I wg. Nahtlosigkeit
<input type="checkbox"/> Bürgergeld	<input type="checkbox"/> Grundsicherung	<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente
<input type="checkbox"/> Sonstige _____			