



Angaben zur Person

Name: _____ geb. am: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr.: _____ Handy: _____
Fallnummer / Kennziffer: _____ Anreise: _____

Nächste/r Angehörige/r

Name: _____
Adresse: _____
Telefon-Nr.: _____

Krankenkasse (Name, Adresse): _____

Rentenversicherungsnummer: _____

Aktuell behandelndes Krankenhaus

Name/Abteilung: _____
Adresse: _____
Letzter Krankenhausaufenthalt von – bis _____

Hausarzt

Name: _____
Adresse: _____
Telefon-Nr.: _____

Behandelnder Facharzt

Name: _____
Adresse: _____
Telefon-Nr.: _____

Waren Sie schon einmal bei uns im Haus? Ja Nein

Ausreichende Deutschkenntnisse vorhanden? Ja Nein

Ich möchte über die Angebote der Klinikseelsorge informiert werden–Religion _____

Ich reise am _____ mit der Bahn an & komme um _____ Uhr in Aulendorf an. Sie werden vom Taxi Moser am Bahnhof abgeholt.

Ich reise am _____ mit dem PKW an & werde zwischen 09.00 – 10.00 Uhr da sein
zwischen 10.00 – 11.00 Uhr da sein

Sollten Sie eine längere Anreise haben können Sie selbstverständlich auch später anreisen.

Ungefähre Ankunft _____ Uhr.

Bitte setzen Sie mich auf die Warteliste wenn es einen früheren Termin gibt.

Patientenfragebogen zur Krankheitsgeschichte

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen, soweit es Ihnen möglich ist und senden Sie uns den Fragebogen vor Beginn Ihrer RehaMaßnahme zurück. Unklare Punkte werden bei Aufnahme mit Ihrem aufnehmenden Arzt besprochen. Vielen Dank.

Benötigen Sie:

- Krankenbett Hilfe bei der Körperpflege Hilfe beim Duschen
 Werden Sie zusätzlich mit Sauerstoff versorgt? **Wenn ja, bitte selbst organisieren**
 Benötigen Sie einen Sauerstoffkonzentrator? **Wenn ja, bitte selbst organisieren.**

Aktuelles Gewicht: _____ kg Größe: _____ m

1.1 Aktuelle Beschwerden

- Allgemeine körperliche Erschöpfung
 Atemnot/Beschwerden in Ruhe bei Belastung beim Treppensteigen

Haben Sie Schmerzen? ja nein

Falls ja, wo: _____

Wie oft und wann: _____

Schmerzstärke: Bitte kreuzen Sie auf der Skala die Schmerzstärke an
(1 = schwach, 10 = sehr stark)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Weitere Beschwerden

Sind Sie Stomaträger: nein ja, welche Art _____

- Benötigen Sie eine Sonderkostform: nein
 Weiche/flüssige Kost
 Hochkalorische Trinknahrung
 Sondennahrung (PEG)

Bei Brustkrebs

- Lymphödem vorhanden nein ja
Schulterbeweglichkeit frei/problemlos eingeschränkt

1.2 Bisheriger Verlauf der reharelevanten Beeinträchtigungen/Tumoranamnese

Art des Tumors: _____

Erste Symptome: _____

Datum der Diagnose: _____

Bisherige Therapie:

- Operation vom _____ Chemotherapie
 von _____ bis _____
 Welche OP: _____ Strahlentherapie
 von _____ bis _____
 Antihormonelle Therapie Immuntherapie
 von _____ bis _____ von _____ bis _____

Nachsorge:

Letzte Nachsorgeuntersuchung: _____ Nächste Nachsorgeuntersuchung: _____
 Behandlung erfolgt durch: _____

1.3. Weitere Reha-relevante Erkrankungen, Operationen und Unfälle

Wichtige Vorerkrankungen

- Asthma bronchiale
- COPD/Lungenemphysem
- Thrombose/Lungenembolie
- Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz
- Schlaganfall/Apoplex/Lähmungen
- Wirbelsäulenerkrankungen
- Gelenkerkrankungen (Knie/ Hüfte)
- Depression

Wichtige Gesundheitsrisiken

- Blutverdünnung
- Herzschrittmacher
- Künstliche Herzklappe
- Virus-Infektion HIV Hepatitis B
- Hepatitis C
- Medikamenten-/Drogenabhängigkeit
- Immunsuppression / Cortison-Therapie

Kardiale Risikofaktoren

- Bluthochdruck/Hypertonie Hohes Cholesterin
- Erhöhte Harnsäurewerte / Gicht Erhebliches Übergewicht
- Diabetes Typ 1 Typ 2 Medikamentöse Therapie Insulin

Weitere Erkrankungen, Operationen und Unfälle (Art und Jahr)

1.5 Vegetative Anamnese

Appetit: normal mäßig schlecht gestörter Geschmack

Durst/Trinkmenge: normal sehr wenig Durst sehr viel Durst

Trinkmenge: ca. _____ Liter pro Tag

Schlafstörungen: nein ja, Einschlafstörungen Durchschlafstörungen

Schlafapnoe

Schlafmittel regelmäßig Schlafmittel manchmal

Wasserlassen: problemlos/normal Harnbrennen

Inkontinenz Vorlagenverbrauch/Tag: _____

Nächtliches Wasserlassen wie oft ca. _____

Stuhlgang: regelmäßig/problemlös Durchfälle

Verstopfungsneigung Stuhlinkontinenz

Fieber und Nachtschweiß: Fieberschübe Nachtschweiß

Hitzewallungen plötzliche Schweißausbrüche

Husten und Auswurf: nein ja (akute Hustenanfälle / chronischer Reizhusten)

Herzbeschwerden: unregelmäßiger Puls Herzrasen starkes Herzklopfen

Allergien: nein ja

falls ja, welche _____

Nahrungsunverträglichkeit: nein ja

falls ja, welche _____

Aktuelles Gewicht: _____ kg Größe: _____ m

Wesentliche Gewichtsveränderung: Gewichtsabnahme / Gewichtszunahme

um _____ kg in welchem Zeitraum: _____

Wie erklären Sie sich die Gewichtsveränderung? _____

2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Familienstand:

alleinstehend Lebenspartnerschaft verheiratet geschieden verwitwet

Anzahl Kinder: _____ wie viele wohnen noch bei Ihnen _____

Wohnsituation:

Eigener Haushalt Kein eigener Haushalt, lebe im Haushalt von _____

Wohnung liegt ebenerdig

Wohnung liegt nicht ebenerdig Stockwerk: _____ Aufzug vorhanden nein ja

Behindertengerechtes Wohnen: nein ja

Unterstützung in der häuslichen Versorgung:

- ich kann meinen Haushalt ohne Hilfe gut selbst versorgen
 ich bekomme Hilfe vom (Ehe-)Partner, Familie / Nachbarn oder Freunden
 eine Haushaltshilfe unterstützt mich bei Bedarf / regelmäßig

Private Belastungen

- Schulden/finanzielle Probleme Pflege von Angehörigen Familiäre Probleme

Welche Probleme belasten Sie im häuslichen & familiären Umfeld in besonderem Maße?

Risikofaktoren

Rauchen Sie zurzeit? nein ja ca. _____ Zigaretten pro Tag

Ich rauche nicht mehr seit _____

Wie lange haben Sie geraucht? / Wie viel haben Sie geraucht? _____

Trinken Sie Alkohol? nein ja, falls ja selten regelmäßig

Bewegen Sie sich regelmäßig?

nein ja wie (z. B. Sport) _____

Dauer / ca. _____ Std. pro Woche

Hobbys/Freizeitbeschäftigung: _____

Sozialversicherungsrechtlicher Status

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis (**GdB**)? nein ja Grad _____

Beantragt auf Grad _____ Benötige ich nicht

Haben Sie einen **Pflegegrad**? nein ja Grad _____

Beantragt auf Grad _____ Benötige ich nicht

Haben Sie eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (**MdE**)? nein ja Grad _____

Beantragt auf Grad _____ Benötige ich nicht

Aktueller Erwerbsstatus

berufstätig berentet/pensioniert selbständig

arbeitslos seit _____ ALG I Bürgergeld Hausfrau/Hausmann

Falls berentet:

Altersrente

Pension

Erwerbsminderungsrente

Berufsunfähigkeitsrente

Die Berentung gilt:

dauerhaft

befristet bis _____

Vorruhestand seit _____

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren - entfällt für Rentnerinnen/Rentner -

Schulabschluss: keinen Hauptschule Mittlere Reife Fachhochschulreife
 Abitur Anderer Schulabschluss _____

Abgeschlossene Berufsausbildung: _____

Abgeschlossenes Studium: _____

Bisherige Tätigkeiten (was, von – bis)? _____

Beschreibung des jetzigen oder zuletzt ausgeübten Arbeitsplatzes

Stellenbezeichnung: _____

Konkrete Arbeitsplatzbeschreibung / Welche Tätigkeiten führen Sie überwiegend durch?

Wie schätzen Sie Ihre körperliche Belastung (Arbeitsschwere) ein?

leicht mittelschwer schwer

Arbeitshaltungen

im Sitzen

im Stehen

im Gehen

Heben und Tragen

Ständig

unter 10 kg

Überwiegend

bis 15 kg

Zeitweise

über 15 kg

Arbeitsorganisation:

Vollzeit Teilzeit Wöchentliche Gesamtarbeitszeit _____ Stunden

Tagschicht Spätschicht Nachtschicht Wochenenddienst

Wie erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz?

Auto/Motorrad Öffentliche Verkehrsmittel Fahrrad Zu Fuß

Entfernung Ihres Arbeitsplatzes vom Wohnort (einfache Strecke): _____ km

Beziehen Sie? Lohnfortzahlung seit _____ Krankengeld seit _____

Berufliche Belastungen

Arbeitsbedingungen ungünstige Arbeitszeiten geringer Verdienst

körperliche Überforderung seelische Überforderung beruflicher Stress

Konflikte am Arbeitsplatz Angst vor Arbeitsplatzverlust

Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben: Nein Ja, seit _____ Wochen

Wie lange waren Sie in den vergangenen 12 Monate krankgeschrieben oder arbeitslos?

insgesamt _____ Wochen krankgeschrieben

insgesamt _____ Wochen arbeitslos

Angesichts ihres Gesundheitszustandes: Wie beurteilen Sie selbst ihre jetzige berufliche Leistungsfähigkeit?

voll leistungsfähig eingeschränkt leistungsfähig gar nicht leistungsfähig

Sind Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand in Ihrer Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet? ja nein

Können Sie Ihre bisherige berufliche Tätigkeit trotz Ihrer gesundheitlichen Beschwerden zukünftig noch weiter ausüben?

nein, sicher nicht vermutlich nicht bin unsicher vielleicht ja ja, bestimmt

Wann glauben Sie angesichts Ihres Gesundheitszustands wieder arbeiten zu können oder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen? Innerhalb von

sofort einem Monat drei Monaten sechs Monaten neun Monaten einem Jahr oder später überhaupt nicht mehr

Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können

Ja Nein

Überlegen Sie, einen Antrag wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?

Ja Nein Ich habe bereits einen Rentenantrag gestellt und zwar am _____

Insgesamt ist meine berufliche Situation für mich

stark belastend etwas belastend teils, teils eher erfüllend sehr erfüllend

Wären während der Rehabilitation Therapieangebote zum Thema Beruf für Sie

hilfreich? sehr hilfreich etwas hilfreich nicht hilfreich

2.3 Subjektive Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

	Kann ich selbständig / ohne Hilfe	Unterstützung durch Familie oder Freunde nötig	Nur mit professioneller Hilfe durch Pflegedienst
Aus dem Bett aufstehen und ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen, Duschen WC-Benutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrung zubereiten, Essen & Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente bereitstellen & einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnung aufräumen & reinigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkäufe u. Besorgungen Behörden- & Bankgeschäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde treffen, Gespräche führen / Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Verkehrsmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Veranstaltungen teilnehmen (Kino, Vereine etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nicht eingeschränkt	Gehhilfe/Rollator	nur mit Rollstuhl
Gehen auf ebener Strecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.1 Patientenindividuelle Reha-Ziele und Erwartungen

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> besser schlafen können |
| <input type="checkbox"/> die Kondition verbessern | <input type="checkbox"/> besser entspannen können |
| <input type="checkbox"/> besser beweglich werden | <input type="checkbox"/> weniger Angst haben |
| <input type="checkbox"/> Muskeln und Kraft aufbauen | <input type="checkbox"/> Krankheitsbewältigung |
| <input type="checkbox"/> besser laufen können | <input type="checkbox"/> Informationen z. Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Treppen steigen können | <input type="checkbox"/> Beratung zur Therapie |
| <input type="checkbox"/> Besserung des Lymphödems | <input type="checkbox"/> Depressionen lindern |
| <input type="checkbox"/> Schmerzlinderung | <input type="checkbox"/> Berufsberatung |
| <input type="checkbox"/> die Atemnot bessern | <input type="checkbox"/> Berufliche Wiedereingliederung |
| <input type="checkbox"/> endgültige Wundheilung | <input type="checkbox"/> Organisation der Nachsorge |
| <input type="checkbox"/> wieder mit Appetit essen | <input type="checkbox"/> Training der Alltagsfähigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion | <input type="checkbox"/> Selbstständig bleiben |
| <input type="checkbox"/> Besserung der Inkontinenz | |
| <input type="checkbox"/> den Stuhlgang normalisieren | <input type="checkbox"/> Rauchfrei leben |

Weitere Ziele und Wünsche an die Reha:
