

## Eingangsfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Vorbereitung auf die ärztliche Befragung zur Krankheitsgeschichte **sorgfältig in Blockschrift** aus. Bringen Sie ihn zur ärztlichen Aufnahmeuntersuchung mit. Der ausgefüllte Bogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen!

### 1.1.

Bitte schildern Sie uns hier die Symptome, gesundheitlichen Probleme sowie die körperlichen und psychischen Befindlichkeitsstörungen, die zur Rehabilitation geführt haben:

### 1.2.

Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?

Gab es bestimmte Ereignisse, die zu den Beeinträchtigungen geführt haben?

Welche Untersuchungen und Behandlungen sind bisher erfolgt?

#### bisherige Untersuchungen:

Röntgen:  CT:  MRT:  Knochendichtemessung:

andere: .....

Physiotherapie in den letzten 12 Monaten:  ja  nein

Krankengymnastik

Strom

Wärme

Fango

Massagen

andere

Ambulantes Reha-Zentrum Mühlhausen GmbH

Welche Behandlungen waren wirksam; welche nicht?

Bitte beschreiben Sie hier die Art, Lokalisation, Häufigkeit und Dauer Ihrer Beschwerden:

Ordnen Sie bitte Ihre persönliche Schmerzsituation auf folgender Analogskala ("0" für keine Schmerzen, "10" für maximal vorstellbarer Schmerz) ein:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

<b>Medikamente, die Sie einnehmen:</b>					
Name:	Dosis:	morgens:	mittags:	abends:	seit (Monat/Jahr):
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Bedarfsmedikation:</b>					
Name:	Dosis:	morgens:	mittags:	abends:	seit (Monat/Jahr):
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Behandelnde Ärzte mit Ortsangabe und Telefon-Nummer, eventuell Fax:</b>					
Hausarzt: .....					
Orthopäde: .....					
Neurologe: .....					
andere: .....					

Ambulantes Reha-Zentrum Mühlhausen GmbH

**1.3.**

Bitte geben Sie uns nun Auskunft über wichtige gesundheitliche Ereignisse aus Ihrem bisherigen Leben, möglichst mit Zeitangabe!

Kinderkrankheiten:

chronische Krankheiten (wie Diabetes oder Bluthochdruck):

Berufskrankheiten:

Operationen (alle):

stationäre Krankenhausbehandlungen in den letzten 12 Monaten:

Reha-Verfahren/ Kuren:

<p><b>Gynäkologische Vorgeschichte (weiblich):</b></p> <p>letzte Krebsvorsorgeuntersuchung (Datum):.....</p> <p>Menses regelmäßig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Keine Regelblutung mehr seit:.....</p> <p>Spirale: <input type="checkbox"/> seit:.....</p> <p>Geburten (Jahr):..... Fehlgeburten:.....</p>	<p><b>Urologische Vorgeschichte (männlich):</b></p> <p>letzte Krebsvorsorgeuntersuchung (Datum):.....</p> <p>unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/></p>
---	--

**1.4.**

**vegetative Anamnese:**

<p>Appetit: o.k. <input type="checkbox"/></p> <p>Stuhlgang: o.k. <input type="checkbox"/></p> <p>Wasserlassen: o.k. <input type="checkbox"/></p> <p>Schlaf: o.k. <input type="checkbox"/></p>	<p>Durchfall: <input type="checkbox"/></p> <p>Verstopfung: <input type="checkbox"/></p> <p>Brennen: <input type="checkbox"/></p> <p>Einschlafstörungen: <input type="checkbox"/></p>	<p>Gewicht: gleichbleibend/ in den letzten ..... Monaten</p> <p>..... kg zu/ab genommen</p> <p>Durchschlafstörungen: <input type="checkbox"/></p>
<p><b>- Risikofaktoren:</b></p> <p>Unverträglichkeit auf Medikamente: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:.....</p> <p><b>Nikotin:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wie viel pro Tag:..... seit wann:.....</p> <p><b>Alkohol:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wie viel pro Tag:..... <input type="checkbox"/> nur zu Anlässen:.....</p> <p><b>Allergie:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja auf:.....</p> <p>Bewegungsmangel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

## 2.1. Sozialanamnese

- **Familienstand:**  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  
 in einer Partnerschaft
- **Kinder:**  nein  ja → Anzahl/ Alter: .....
- **Wohnsituation:**  Haus  Wohnung • **Anzahl der im Haushalt lebenden Personen:** .....
- Die häusliche Situation empfinde ich als:  geordnet  problematisch, weil: .....

- **Die Deckung Ihres Lebensunterhaltes wurde *unmittelbar vor Antritt der Reha* bestritten durch:**  
 Entgeltfortzahlung  Krankengeld  ALG I  ALG I (*Aussteuerung*)  Bürgergeld  
 Erwerbsminderungsrente  BG-Rente  Sonstiges: .....
- **Übergangsgeld wurde beantragt?**  ja  nein
- **Finanzielle Situation wird empfunden als:**  gut  ausreichend  schlecht  stark belastend

- **Gibt es in Ihrem Leben anhaltende psycho-soziale Belastungen?** (*Zutreffendes unterstreichen und/oder ergänzen*):  nein  ja, und zwar: z.B. Mobbing, finanzielle Sorgen, Dauerkonflikte, fehlender Ausgleich/Hobby, Abgrenzung von Beruf/Privatleben, Pflege Angehöriger, Kindererziehung, sonstiges: .....

- **Besitzen Sie einen Grad der Behinderung (GdB):**  nein  ja, Höhe: ..... seit: .....
- **Haben Sie bereits einen Rentenanspruch gestellt (*Altersrente/Erwerbsminderung/LTA*):**  nein  ja
- **Beziehen Sie Sozialleistungen oder haben einen Antrag gestellt?** (*bspw. Wohngeld/Grundsicherung etc.*):  
 nein  ja, und zwar: .....
- **Sind Sie in einem laufenden Sozialgerichtsverfahren:**  nein  ja, und zwar: .....

- **Freizeitaktivitäten** (*Zutreffendes unterstreichen und/oder ergänzen*): Fahrradfahren, Schwimmen, Singen, Sport, Verein, Garten, Haus/Hof, Haustier, soziale Kontakte, kulturelle Veranstaltungen, Sonstiges: .....

## 2.2 Arbeits- und Berufsanamnese

- aktueller Erwerbsstatus: erwerbstätig arbeitssuchend, seit: ..... Sonstiges
- Arbeitsunfähig seit/wegen: .....
- Schulbildung: Hauptschule/8.Kl. Regel-/Realschule/10.Kl. Abitur ohne Abschluss
- Ausbildung/Studium: ..... Ich habe keine Berufsausbildung
- Umschulung/ Zusatzqualifikationen (auch z.B. Staplerschein etc../ Weiterbildungen/ auch betriebsintern):  
.....
- beruflicher Werdegang: .....  
.....  
.....
- Zuletzt habe ich gearbeitet als.../ von-bis.../ bei....: .....

## 2.3 Arbeitsplatzbeschreibung *bei Arbeitslosigkeit Beschreibung der letzten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigt.*

- Arbeitszeit: Vollzeit Teilzeit Stunden/Woche: .....
- Arbeitsorganisation: normale Dienstzeit Wechselschicht, folgende Schichten:.....  
Wochenendarbeit Arbeit an Feiertagen rollende Woche Auswärtsmontage

- folgendes trifft auf mich (bzw. den Arbeitsplatz) zu: Führungsaufgabe Verantwortung  
Außendienst/Reisetätigkeit regelmäßige Untersuchungen durch den Betriebsarzt  
Es gibt einen/eine: Betriebsrat Mitarbeitervertretung Behindertenvertretung
- Erreichen des Arbeitsplatzes/ Zeitbedarf - einfache Strecke - (Transportmittel/ km/ Zeit): .....
- Betriebsgröße (Anzahl Mitarbeitende): ..... • Arbeitsplatzzufriedenheit: ja nein
- Arbeitsplatzgefährdung (angedrohte Kündigung o.ä.): nein ja, weil: .....
- Es besteht ausreichend Arbeitsschutz: ja nein, weil:.....
- Ich nutze technische Hilfsmittel: nein, keine/ ja, folgende: .....

- **positive Kontextfaktoren** (*Zutreffendes unterstreichen und/oder ergänzen*): z.B. Sicherheit des Arbeitsplatzes, zugewandter Arbeitgeber, gutes Betriebsklima, Tarifbestimmungen, Nähe zum Wohnort, Sonstiges: .....
- **negative Kontextfaktoren** (*Zutreffendes unterstreichen und/oder ergänzen*): z.B. Abmahnung, Kündigung, schlechtes Betriebsklima, Wechsel der Geschäftsführung, Sonstiges: .....
- **Bestehen psychosoziale Belastungen?** (*Zutreffendes unterstreichen und/oder ergänzen*):  
nein ja, z.B. Stressbelastung, Mobbing, Konflikte, Zeitdruck, fehlender Ausgleich bei Personalmangel, monotone/einseitige Arbeit, Arbeit wird mit nach Hause genommen, Umstrukturierung des Arbeitsplatzes, emotionale Arbeit (bspw. Betreuung von Menschen mit Krankheiten/ Todesfälle/ Störungen des Sozialverhaltens etc.), Sonstiges: .....

• **Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Arbeitsaufgaben:** .....

.....

.....

.....

- **Gefährdungs- und Belastungsfaktoren:** Zugluft Nässe Kälte Hitze Lärm  
Erschütterungen/Vibrationen Gase/Dämpfe Arbeit im Freien Sonstige: .....

- **Einschätzung der körperlichen Arbeitsschwere:** leicht leicht bis mittelschwer mittelschwer  
mittelschwer bis schwer schwer

• **Bitte kreuzen Sie ihre zutreffenden typischen Arbeitshaltungen entsprechend der Häufigkeit an:**

	ständig	überwiegend	zeitweise
Stehend			
Gehend			
Sitzend			
Gebückt			
Arme über Brusthöhe			
Kniend/hockend			
Auf Gerüsten/Leitern			

• Müssen Sie Lasten Heben/Tragen? nein ja, häufig bis .....kg/ gelegentlich bis .....kg

• Art der Lasten: .....

- **Einschätzung des Arbeitsplatzes:** gut machbar machbar nicht machbar/ Veränderung nötig

### 2.3 Beeinträchtigungen und Einschränkungen

• Bei welchen Bewegungsabläufen haben Sie aktuell Einschränkungen/Schmerzen? Beziehen Sie sich hierbei nicht nur auf Ihre Reha-Diagnose sondern berücksichtigen Sie alle Bereiche Ihres Körpers

Gehen: nein ja, und zwar: .....

Stehen: nein ja, und zwar: .....

Sitzen: nein ja, und zwar: .....

Sonstiges (*Zutreffendes unterstreichen und/oder ergänzen*): z.B. schnelles Laufen, Treppensteigen, Liegen, Bücken, Knien/Hocken, Heben/Tragen von Lasten, Überkopfarbeiten, Oberkörperrotation, sonstiges: .....

• Im Alltag habe ich aktuell Schwierigkeiten bei:

Reinigungsarbeiten Einkauf Essenszubereitung Körperpflege Kinderbetreuung

Sonstiges: .....

• Ich bekomme hierbei Hilfe: nein, da sie nicht notwendig ist nein, da ich niemanden habe

ja, durch: .....

• Beeinträchtigung bei Freizeitaktivitäten:

Folgende Aktivitäten/Hobbys habe ich wegen meiner gesundheitlichen Situation aufgegeben/ eingeschränkt: keine, folgende: .....

• Beeinträchtigung bei der gesellschaftlichen Teilhabe:

Keine

aufgrund meiner gesundheitlichen Situation ziehe ich mich immer mehr zurück

Mir fehlen soziale Kontakte/ ich fühle mich einsam.

Sonstiges:.....

• Sonstige wichtige Mitteilungen/ Informationen (auch z.B. zukunftsprognostisch):

.....  
.....  
.....  
.....