

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Zi.-Nr. \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir Ihre Beschwerden möglichst effektiv behandeln können, benötigen wir verschiedene Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Außerdem fordert Ihr Kostenträger weitere persönliche Daten im abschließenden Bericht über Ihren Aufenthalt in unserer Klinik.

Bitte sind Sie so freundlich und bringen Sie diesen Fragebogen komplett ausgefüllt zur ärztlichen Untersuchung mit.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

**Krankheiten in der Familie** (bitte ankreuzen)

Erkrankungen	Vater	Mutter	Geschwister (Anzahl: _____)
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutzucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheum. Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen			

---



---

Falls verstorben, woran? \_\_\_\_\_

**Eigene Voroperationen** (bitte mit Jahreszahl)

---



---



---



---



---



---

**Frühere Erkrankungen** (bitte mit Jahreszahl)

---



---



---



---

**Verletzungen, Unfälle, Knochenbrüche** (bitte mit Jahreszahl)

---



---



---



---

**Bisherige stationäre Reha-Behandlungen**

keine

Welches Jahr?	Welche Beschwerden?	Welche Klinik?

**Allgemeine Angaben**

- Appetit  gut  vermindert  gesteigert
- Durst  gut  vermindert  gesteigert
- Gewichtsverhalten  konstant  Gewichtsabnahme  Gewichtszunahme
- Stuhlgang  täglich  alle 2-3 Tage
- Abführmittel notwendig  nein  ja
- Wasserlassen  normal  schmerzhaft
- nächtliches Wasserlassen (wie oft?) \_\_\_\_\_
- unfreiwilliger Harnabgang (z. B. Husten, Treppensteigen)
- Schlafen  gut  schlecht
- Einschlafschwierigkeiten
- Durchschlafschwierigkeiten
- Allergien  nein  ja, auf welche Substanzen?

---



---

**Risikofaktoren**

- Alkohol  nein  gelegentlich  regelmäßig, wie viel? \_\_\_\_\_
- Nikotin  nein  ja \_\_\_\_\_ Zigaretten/ Tag
- Übermäßige Ernährung  nein  ja
- Bewegungsmangel  nein  ja
- Sportliche Betätigung  nein  ja

**Schulabschluss**  Hauptschule  Realschule  Gymnasium  Studium

**Gelernter Beruf** \_\_\_\_\_

**Weiterbildung** \_\_\_\_\_

**Umschulung aus gesundheitlichen Gründen**  ja  nein

**Zuletzt ausgeübte Tätigkeit** \_\_\_\_\_

**Arbeitslos seit** \_\_\_\_\_

**Aussteuert seit** \_\_\_\_\_

**Krankgeschrieben seit** \_\_\_\_\_ **wegen** \_\_\_\_\_

**Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?** \_\_\_\_\_

**Arbeitszeit**  vollschichtig  Teilzeit \_\_\_\_\_ Std./Woche

**Arbeitszeit und Arbeitsweise**

- Ganztagsarbeit
- Teilzeitarbeit \_\_\_\_\_ Std./Wo.
- Wechselschicht
- Nachtschicht
- Akkordarbeit
- besonderer Zeitdruck

**Beanspruchung des Bewegungsapparates**

- im Stehen
- überwiegend stehend/gehend
- überwiegend im sitzen
- oft in gebückter Stellung/knieend
- oft mit erhobenen Armen
- häufiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten von max. \_\_\_\_\_ kg
- häufiges Klettern und Steigen
- Überkopfarbeiten

**Berufliches Kraftfahren**

- PKW während der Arbeitszeit
- LKW mit/ ohne Ladearbeiten
- Baumaschinen (Bagger, Kran)
- sonstige Fahrzeuge
- Personenbeförderung
- Gefahrguttransport

**Äußere Einflüsse**

- Kälte, Zugluft, Nässe
- Hitze
- starke Staubentwicklung
- Rauchentwicklung
- Gerüche, Gase, Dämpfe
- hautreizende Stoffe
- starker Lärm

**Beanspruchung der Sinnesorgane**

- ständige Konzentration
- hohe Verantwortung für Personen/ Sachwerte
- überwiegende Bildschirmtätigkeit
- Anlagensteuerung (Überwachung)
- Schwindelfreiheit erforderlich

**Sonstige**

- Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit
- Erschütterungen/ Vibrationen
- erhöhte Unfallgefahr

**Schwerbehindertenanerkennung**  Nein  Ja \_\_\_\_\_ % Merkzeichen:

\_\_\_\_\_

**Rente**

- ja  nein  beantragt

Altersrente

- ja

Berufsunfähigkeitsrente

- Vorruhestand

Erwerbsunfähigkeitsrente

- ja  auf Zeit  auf Dauer seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wegen welcher Krankheit

- ja  auf Zeit  auf Dauer seit \_\_\_\_\_

**Private Angaben**

- ledig                       verheiratet                       geschieden                       verwitwet
- getrennt lebend                       feste Partnerschaft
- Kinder (bitte Altersangabe) \_\_\_\_\_  
davon \_\_\_\_\_ im Haushalt lebend
- Treppen                      Wie viele Stockwerke? \_\_\_\_\_
- Fahrstuhl                       ja                       nein                       anerkannte Pflegestufe \_\_\_\_\_

Welche Tätigkeiten im Alltag fallen Ihnen besonders schwer?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche sportlichen Aktivitäten oder Hobbys haben Sie aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden aufgeben müssen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich am Arbeitsplatz oder in der Familie einem vermehrten Stress ausgesetzt?     nein  
 ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durch welche Therapien wurden Ihre Beschwerden bislang gelindert?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was erwarten Sie sich persönlich von der jetzigen Reha-Maßnahme?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Meinen Sie, dass Sie nach Abschluss der Reha berufliche Tätigkeit wieder ausführen können?  
 Ja                                       Nein                                       Weiß noch nicht

Bad Gögging, \_\_\_\_\_                      Unterschrift \_\_\_\_\_