

## 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

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Medikamente, die Sie einnehmen:**

Name:	Dosis:	morgens:	mittags:	abends:	seit (Monat/Jahr):
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**Bedarfsmedikation:**

Name:	Dosis:	morgens:	mittags:	abends:	seit (Monat/Jahr):
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**Behandelnde Ärzte mit Ortsangabe und Telefon-Nummer, eventuell Fax:**

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

**1.4.**

**vegetative Anamnese:**

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

**2.1.**
**Familienstand, besondere Belastungen, Hobbys**

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
--------------------------------	--------------------------------------	--	-------------------------------------	------------------------------------

stabile Lebensgemeinschaft seit: .....

Ehe-/Partner berufstätig/Rentner/in/Erwerbsminderungsrentner/inHausmann/Hausfrau

Pflege Angehöriger  ja  nein

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen: .....

Die häusliche Situation empfinde ich als:  geordnet  problematisch, weil .....

.....

Die Deckung Ihres Lebensunterhaltes wird bestritten (bzw. beantragt) durch:

<input type="checkbox"/> eigene Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> ALG I (seit )
<input type="checkbox"/> ALG II (seit )	<input type="checkbox"/> Krankengeld
<input type="checkbox"/> EM/ BU- Rente (seit )	<input type="checkbox"/> Rente- BG <input type="checkbox"/> Altersrente

Gibt es in Ihrem Leben anhaltende psycho-soziale Belastungen (z.B. Mobbing, finanzielle Sorgen, Dauerkonflikte, Pflege Angehöriger)?

Wenn ja, welche: .....  ja  nein

Partnerschaft: .....

Arbeitsplatz: .....

Außergewöhnliche Belastung: .....

Sonstige: .....

.....

**Grad der Behinderung (GdB):**.....Merkzeichen  BL  H  B  G  aG  RF

seit (Jahr/Monat): .....

Rentenantrag gestellt:  nein  ja

EM/ BU- Rentner:  nein  ja, seit wann .....

befristet bis (Monat/ Jahr) .....

unbefristet

Derzeitige soziale Unterstützung:  nein  ja, durch wen?

Laufendes Sozialgerichtsverfahren:

Freizeitaktivitäten:

**2.2.**

**Arbeits- und Berufsanamnese:**

**Schul Ausbildung:**  Hauptschule  Regel-/Realschule  Abitur  ohne Abschluss

**Erlerner Beruf:** \_\_\_\_\_  
 mit Abschluss  ohne Abschluss  ohne Berufsausbildung

**Beruflicher Werdegang** (ggf. gesondertes Blatt):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Letzte sozialversicherungspfl. Tätigkeit (von...bis)**.....

---

**Berufswechsel aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen:**  
 nein  ja, wegen: \_\_\_\_\_

**Umschulungen:**  
 nein  ja, im Jahre: \_\_\_\_\_ warum: \_\_\_\_\_  
 Wer war Kostenträger? \_\_\_\_\_

**Arbeitslos:**  
 nein  ja, seit: \_\_\_\_\_  
 bei Agentur für Arbeit vermittelbar  Vollzeit  Teilzeit \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

---

**Arbeitsplatzbeschreibung:**  
 Vollzeit  Teilzeit \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche \_\_\_\_\_ Stunden pro Monat  
 Wechselschicht  nur Nachtschicht

**Bestehen zurzeit Arbeitsplatzprobleme (Mobbing, Konflikte, drohende Entlassung o. Ä.)**  
 nein  ja, welche \_\_\_\_\_

**Besondere Belastungen:**  
 schweres Heben und Tragen  Witterungseinflüsse  
 besondere Anforderungen an die Sinnesorgane  Publikumskontakt

**Die Wegezeit zum Arbeitsplatz (einfache Strecke) beträgt** .....Minuten.

**Meine Arbeit ist:**  körperlich leicht  mittelschwer  schwer

**Ich arbeite:**  sitzend  meist sitzend  
 gebückt  kniend oder hockend  
 Überkopfarbeit  in wechselnden Haltungen  
 hebe und trage Lasten bis zu .....kg  
 Art der Last: .....  
 auf Leitern, Gerüsten, Absturzgefahr  
 an Maschinen mit Verletzungsgefahr

**Besondere Belastung**

- durch:**  Kälte  Nässe  Hitze
- Lärm  Dämpfe/Gase
- Arbeit im Freien  in geschlossenen Räumen

**Mit besonderer**

- Belastung des:**  Sehvermögens  Hörvermögens
- der Arme  der Beine
- der Fingergeschicklichkeit

- Ich bin:**  rechtshändig  linkshändig

- Ich muss häufig:**  Publikumsverkehr betreuen
- mich stark konzentrieren
- wichtige Entscheidungen treffen
- besondere Verantwortung übernehmen
- mich auf neue Situationen einstellen
- im Team arbeiten

**Betriebsarzt:** .....

**Beschreiben Sie bitte Ihre letzte Tätigkeit mit eigenen Worten:** (gegebenenfalls gesondertes Blatt)

.....

.....

.....

**Zurzeit arbeitsunfähig:**

- nein  ja, seit wann: .....

Grund: .....

**Waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?**

- nein  ja  bis 3 Monate
- bis 6 Monate
- über 6 Monate

**Wer hat das Heilverfahren vorgeschlagen?**

- eigener Wunsch  Arzt  Krankenkasse

**2.3.**

Bitte beschreiben Sie uns, welche Tätigkeiten und Verrichtungen Ihnen aufgrund der Erkrankung im Alltag und im Berufsleben nicht mehr oder nicht mehr im vorherigen Umfang möglich sind:

(z.B. Mobilität, Kommunikation, Umgang mit Stress, Bewältigung des Haushalts, Teilnahme am sozialen Leben, Freizeitgestaltung)