

## **Anamnesebogen**

Sehr geehrte/r Patient/in,

für die erfolgreiche Durchführung Ihrer Rehabilitationsmaßnahme ist es wichtig, möglichst genaue Angaben über Ihre bisherige Krankheitsgeschichte und Ihre jetzigen Beschwerden zu erhalten. Dazu benötigen wir von Ihnen einige medizinische Auskünfte und möchten Sie bitten nachstehende Fragen schriftlich zu beantworten. Sorgfältiges Ausfüllen des Fragebogens spart Zeit und ermöglicht dem Ärzte- und Therapeutenteam besser auf Ihre individuellen Fragen und Probleme einzugehen

***Bitte bringen Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen sowie weitere relevante medizinische Unterlagen (z.B. CT-/MRT-Befunde, Röntgenbilder, CD's, OP- bzw. Krankenhausberichte, sonstige Befunde von behandelnden Ärzten) am 1. Rehatag mit und legen es dem Arzt bei der Aufnahmeuntersuchung vor.***

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-datum:** \_\_\_\_\_

### **Einleitung der Rehamaßnahme:**

Es handelt sich bei Ihrer Reha um...

- ein allgemeines Heilverfahren
- eine Anschlussrehabilitation (AHB) nach Klinikaufenthalt

Die Initiative zur Einleitung der Maßnahme ging aus:

- vom behandelnden Arzt: \_\_\_\_\_
- dem Krankenhaus: \_\_\_\_\_
- dem Kostenträger: \_\_\_\_\_
- von Ihnen selbst

### **Welche Beschwerden haben Sie zurzeit und wo?**

---

---

---

### **Seit wann und wodurch bestehen die Beschwerden?**

---

---

---

**Was für Untersuchungen wurden bisher vorgenommen?**

---

---

---

**Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?**

---

---

---

**Was für Behandlungen (z.B. OP's, KH-aufenthalte) wurden schon vorgenommen und wann?**

---

---

---

**Frühere Reha-Maßnahme/Kuren:**

**Wann**

**Wo**

**Weswegen**

---

---

---

**Vegetative Anamnese:**

**Appetit:** ( ) gut ( ) mäßig ( ) schlecht

**Stuhlgang:** ( ) normal ( ) gestört \_\_\_\_\_

**Wasserlassen:** ( ) normal ( ) gestört \_\_\_\_\_

**Schlafen:** ( ) gut ( ) schlecht ( ) Einschlafstörungen ( ) Durchschlafstörungen

**Allergien:** \_\_\_\_\_

**Alkohol:** ( ) nein ( ) ja, wie viel? \_\_\_\_\_

**Nikotin:** ( ) nein ( ) ja, wie viel? \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

**Drogen:** ( ) nein ( ) ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sportarten:** \_\_\_\_\_

( ) Freizeitsport ( ) Vereinssport ( ) Leistungssport

**Frequenz:** ( ) regelmäßig ( ) gelegentlich ( ) nie

**Soziale Anamnese:**

**Familienstand:** ( ) ledig ( ) zusammenlebend ( ) verheiratet ( ) geschieden ( ) verwitwet

**Kinder:** ( ) nein ( ) ja \_\_\_\_\_

**Wohnsituation:** ( ) Eigenheim ( ) Mietwohnung ( ) \_\_\_\_\_

**Familiäre Belastungen** (z.B. zu pflegende Angehörige):

\_\_\_\_\_

**Behinderung:** ( ) nein ( ) ja \_\_\_\_\_ GdB: \_\_\_\_\_

**Beziehen Sie eine Rente?**

**Altersrente:** ( ) nein ( ) ja

**Unfallrente:** ( ) nein ( ) ja, seit \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

**Berufsunfähigkeitsrente:**

( ) nein ( ) ja, seit \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

( ) beantragt am \_\_\_\_\_ ( ) abgelehnt am \_\_\_\_\_ ( ) Widerspruch

**Erwerbsunfähigkeitsrente:**

( ) nein ( ) ja, seit \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

( ) beantragt am \_\_\_\_\_ ( ) abgelehnt am \_\_\_\_\_ ( ) Widerspruch

**Arbeits- und Berufsanamnese:**

**Schulabschluss:** \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Erlerner Beruf:** \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Bisherige Tätigkeiten in lückenloser zeitlicher Reihenfolge:**

Von – bis	Tätigkeit	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Erwerbsstatus:**( ) berufstätig ( ) arbeitssuchend ( ) Hausfrau/-mann ( ) berentet, seit \_\_\_\_\_

**Aktuelle / zuletzt ausgeübte Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

( ) Vollzeit (6 h/Tag und mehr) ( ) Teilzeit (3 bis unter 6h/Tag) ( ) Teilzeit (1 bis unter 3h/Tag)

**Arbeitsplatzbeschreibung** (z.B. leicht/mittel/schwer, stehend/gehend/sitzend, PC?, Publikumsverkehr):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes:** ( ) PKW ( ) ÖPNV ( ) \_\_\_\_\_

**Entfernung zum Arbeitsplatz:** \_\_\_\_\_ km **Fahrdauer:** \_\_\_\_\_ min.

**Arbeitsunfähig:** ( ) nein ( ) ja, seit \_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate:**

( ) keine ( ) bis 3 Monate ( ) 3 – 6 Monate ( ) 6 Monate und mehr

**Glauben Sie, dass Sie nach der Reha wieder an Ihren bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können?**

( ) nein            ( ) ja, innerhalb von...    ( ) einem Monat            ( ) mehr als einem Monat

**Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?**

( ) ja    ( ) nein

	gar nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
Wie stark ist Ihr berufliches Leistungsvermögen eingeschränkt?					
Tragen Belastungen am Arbeitsplatz zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden bei?					
Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre berufliche Tätigkeit belastet?					
Haben Sie Interesse, berufliche Probleme im Rahmen der Reha zu bearbeiten?					
Haben Sie Interesse, an einer berufsbezogenen Schulungsgruppe teilzunehmen?					

**Persönliche Rehazielen:**

Für einen erfolgreichen Verlauf der Rehabilitation ist es wichtig, dass wir von Ihnen erfahren, welche Ziele Sie sich persönlich für Ihren Aufenthalt vorgenommen haben:

	wichtig	teilweise	unwichtig
Reduzierung von Schmerzen			
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit (z.B. Ausdauer, Beweglichkeit)			
Steigerung der psychischen Belastbarkeit (z.B. Stressbewältigung)			
Verhaltensänderung (z.B. Gewichtsreduzierung, Raucherentwöhnung)			
Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Haushaltsführung, Freizeit, Sport)			
Informationen über meine Erkrankung/en			
Verbesserung im sozialen Bereich (z.B. Kontakt zu ebenfalls Betroffenen)			
Andere Zielvorstellungen:			

Vielen Dank für die Mühe, die Sie sich beim Ausfüllen des Fragebogens gemacht haben. Sollte der Platz nicht ausgereicht haben, fügen Sie bitte Ihre Anmerkungen auf einem gesonderten Blatt diesem Fragebogen bei.

Cottbus, \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_