

MEDIAN Saale Klinik Bad Kösen I

# Aufnahmefragebogen Psychosomatik

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Ihre Mobil-Nummer

---

Nächster Angehöriger

---

Telefonnummer des nächsten Angehörigen

## 1. Anamnese

1.1 Jetzige psychische und körperliche Beschwerden (WICHTIG!):

---

---

---

---

---

---

---

---

1.2 Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden, und wie haben sich die Beschwerden entwickelt?

---

---

---

---

---

---

---

---

1.3 Angaben zu Ihrer eigenen Krankheitsgeschichte

Bitte beschreiben Sie alle aktuellen Erkrankungen, aber auch Vorerkrankungen, Kinderkrankheiten, Operationen und Krankenhausaufenthalte inkl. Unfälle und Arbeitsunfälle sowie ggf. resultierende Einschränkungen.

---

---

---

---

---

---

---

---

Suizidgedanken  nein  ja  
 Suizidversuche  nein  ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Herkunftsfamilie / Erkrankungen in der Familie (auch psychische Erkrankungen und Suizidversuche):

---



---



---

**Medikation (wichtig)**

Name	Dosis	Einnahmezeit oder bei Bedarf	Seit wann

Die aktuelle Rehabilitation wurde angeregt durch

die eigene Person  den Hausarzt  im Widerspruchsverfahren bewilligt  
 die Krankenkasse  die Rentenversicherung  sonstige: \_\_\_\_\_

Vorausgegangene Rehabilitationsverfahren (Wann? Wo? Grund? Mit welchem Ergebnis?):

---



---

Vorausgegangene Psychotherapieverfahren (Wann? Wo? Grund? Mit welchem Ergebnis?):

---



---

Ärzte, bei denen Sie aktuell in Behandlung sind inkl. vollständiger Adresse und Fachrichtung

Einweisender Arzt: \_\_\_\_\_

---



---

Sonstige Behandlung (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie etc.): \_\_\_\_\_

---



---

### Krankheitsverständnis und Informationsstand

Wie schätzen Sie Ihren Informationsstand zum Krankheitsbild ein?

- gut                       ausreichend                       unzureichend

Was sehen Sie als Ursache Ihrer Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wodurch können Sie eine Linderung der Beschwerden bewirken? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Eine selbstständige Beeinflussung der Beschwerden gelingt nicht.

### 1.4 Biografische Anamnese

Bitte machen Sie in diesem Teil krankheitsbezogene Angaben zu Ihrer Biographie und gehen Sie auf besonders prägende Ereignisse oder Personen ein, sowohl im positiven als auch im negativen Sinne:

Kindheit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## 1.5 Vegetative Anamnese

Kopfschmerzen  nein  ja *Häufigkeit:* \_\_\_\_\_ Tage im Monat  
 Spannungskopfschmerz  Migräne

Form: \_\_\_\_\_ Auslöser: \_\_\_\_\_

Einschlafstörung  nein  ja, *seit wann?* \_\_\_\_\_ Einschlafdauer \_\_\_\_\_  
Durchschlafstörung  nein  ja, *seit wann?* \_\_\_\_\_ Durchschlafdauer \_\_\_\_\_  
Schnarchen  nein  ja, *seit wann?* \_\_\_\_\_  
Tagesmüdigkeit  nein  ja, *seit wann?* \_\_\_\_\_

Appetit  normal  wenig  gesteigert  
Durstgefühl  normal  wenig  gesteigert  
Gewicht  stabil  Zunahme von \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten  
 Abnahme von \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten

Wasserlassen  normal  gestört  nächtliches Wasserlassen, bis zu \_\_\_\_\_ mal pro Nacht  
Stuhlgang  normal  Durchfall  Verstopfung  
Vermehrtes Schwitzen  nein  ja  bei Aufregung  vermehrt  
 nachts  Hitzewallungen

Geschwollene Füße  nein  ja  
Allergien  nein  ja, *welche?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nahrungsmittelunverträglichkeiten  nein  
 ja, *welche?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tinnitus  nein  
 ja, *Beschreibung:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schwindel  nein  Schwankschwindel  Drehschwindel  rechts  links  beidseitig  
Haben Sie Ihre Periode regelmäßig?  nein  ja  
Aktuell Hormoneinnahme  nein  ja, *welche?* \_\_\_\_\_  
Menopause  nein  ja, mit \_\_\_\_\_ Jahren  
Geburten (Jahreszahl/Geschlecht)  nein  ja \_\_\_\_\_  
Fehlgeburten (Jahreszahl)  nein  ja \_\_\_\_\_  
Schwangerschaftsabbrüche (Jahreszahl)  nein  ja \_\_\_\_\_  
Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig  nein  ja

Alkohol  nie  nicht mehr seit \_\_\_\_\_  
 ja, *was und wie viel?* \_\_\_\_\_  
 pro Tag: \_\_\_\_\_  
oder  pro Monat: \_\_\_\_\_

Nikotin  nein  ja, *wie viel pro Tag?* \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Jahren  
 Nichtraucher /-in seit \_\_\_\_\_ Jahren

Drogen  nie  nicht mehr seit \_\_\_\_\_  
*Was haben Sie früher konsumiert?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 ja *Welche Drogen konsumieren Sie, seit wann und wieviel pro Tag, Monat oder Jahr?*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Sozialmedizinische Anamnese

### 2.1 Sozialmedizinische Angaben

Aufgewachsen bei \_\_\_\_\_

Kontakt zu den Eltern  nein  ja  gut  schlecht

Familienstand  ledig  Partnerschaft,  zusammenlebend seit \_\_\_\_\_

verheiratet seit \_\_\_\_\_ in  1.  2.  3. Ehe

geschieden  verwitwet seit \_\_\_\_\_

Partner ist  berufstätig als \_\_\_\_\_

arbeitslos  Rentner  Hausmann/-frau

Kinder  nein  ja, *Alter und Geschlecht* \_\_\_\_\_

*davon im Haushalt lebend:* \_\_\_\_\_

Aktuelle Lebenssituation  Mietwohnung  Eigenheim  Sonstiges \_\_\_\_\_

Schulden  nein  ja  finanzielle Probleme  ja  nein

Familiäre Belastungen z. B. durch Krankheit oder Pflege  nein

ja \_\_\_\_\_

Führerschein  nein  ja

GdB (Grad der Behinderung)-Anerkennung  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_

*Weshalb?* \_\_\_\_\_

Laufende Anträge auf:

GdB-Anerkennung oder -Erhöhung  nein  ja

Umschulung  nein  ja

Berentung  nein  ja

Laufende Rechtsstreitigkeiten  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

### 2.1 Arbeitsanamnese

#### 2.2.1 Allgemeine Arbeitsanamnese

Erwerbstätig  nein  ja

(EU-)Rentner  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Arbeitslos  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

In Ausbildung  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Arbeitszeit  regelmäßige Arbeitszeit  unregelmäßige Arbeitszeit

halbtags, d. h. < 6 Std./Tag  Teilzeitarbeit mit Std./Woche

Arbeitszeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_ Tagen/Wochen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre aktuelle Tätigkeit oder – falls Sie arbeitslos sind – auf Ihre letzte berufliche Tätigkeit, d. h. versicherungspflichtige Beschäftigung (nicht auf Qualifizierungs- oder AB-Maßnahmen).

Aktueller Arbeitsplatz (Bezeichnung lt. Arbeitsvertrag): \_\_\_\_\_

Aktuelle /letzte Tätigkeit: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie, welche Tätigkeiten Sie bei der Berufsausübung verrichten müssen/mussten:

Gab es bereits eine Arbeitsplatzumsetzung?

Wann? \_\_\_\_\_ Warum? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arbeitsbedingungen \_\_\_\_\_ stündige Tätigkeit pro Woche in  Tag-  Früh-  Spät-  Nachtschicht  
 \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche Woche, Normalschicht

Die Tätigkeit ist etwa zu \_\_\_\_\_ % stehend, zu \_\_\_\_\_ % gehend, zu \_\_\_\_\_ % sitzend.

Die Tätigkeit beinhaltet das Heben bzw. Tragen von bis zu  10 kg  15 kg  40 kg Gewicht.

Die Tätigkeit beinhaltet kein Heben bzw. Tragen  nein  ja

### Beruflicher Werdegang

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung / Studium: \_\_\_\_\_

Beruflicher Werdegang: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Glauben Sie, dass Sie nach der Rehabilitationsmaßnahme wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können?

ja  nein

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

ja  nein

Bestehen Konflikte am Arbeitsplatz mit Vorgesetzten, gleichrangigen oder untergebenen Kollegen?

Wenn ja, *schildern Sie kurz eine Beispielsituation:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In welchem Ausmaß trugen die Probleme am Arbeitsplatz zu Ihrer derzeitigen Störung bei?

nicht  kaum  etwas  deutlich  wesentlich  extrem

### 2.2.2 Arbeitsunfähigkeitszeiten

Arbeitsunfähigkeit  nein

ja, seit dem \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

In den letzten zwölf Monaten haben Arbeitsunfähigkeitszeiten bestanden von insgesamt:

unter 3 Monaten  3 – 6 Monaten  mehr als 6 Monaten

### 2.2.3 Aktivitäts- und Teilhabe einschränkungen im Beruf

Welche Beeinträchtigungen nehmen Sie durch Ihre körperlichen und psychischen Beschwerden wahr? Bitte nehmen Sie auch Stellung zum Grad der Beeinträchtigung.

Während der beruflichen Tätigkeit bestehen folgende subjektive Einschränkungen:	keine	leicht	mittelgradig	schwer
a) Anpassung an Regeln und Routinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Planung und Strukturierung von Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Anwendung fachlicher Kompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Durchhaltefähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Selbstbehauptungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Kontakt zu Dritten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Gruppenfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Spontan-Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Verkehrsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) bei langem Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) beim Heben und Tragen von Lasten über 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Während der beruflichen Tätigkeit bestehen folgende subjektive Einschränkungen:	keine	leicht	mittelgradig	schwer
n) beim Heben und Tragen von Lasten über 15 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) beim Heben und Tragen von Lasten über 40 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) bei unbelastetem Begehen von Treppen und Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) in belastenden Körperhaltungen (z. B. Zwangshaltungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) bei der Einnahme von Körperhaltungen in gebückter kniender oder liegender Stellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) bei der Einnahme einer Rückneigeposition des Kopfes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) bei PC-Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) bei Arbeiten unter besonderem Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) bei Tätigkeiten, die besondere Konzentration erfordern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 2.3 Aktivitäts- und Teilhabe Einschränkungen im Alltag

Welche Beeinträchtigungen nehmen Sie durch Ihre körperlichen und psychischen Beschwerden wahr? Bitte nehmen Sie auch Stellung zum Grad der Beeinträchtigung.

Im Alltag kommt es zu folgenden subjektiven Funktionseinschränkungen:	keine	leicht	mittelgradig	schwer
a) Anpassung an Regeln und Routinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Planung und Strukturierung von Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Durchhaltefähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Selbstbehauptungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Kontakt zu Dritten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Gruppenfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Familiäre bzw. intime Beziehungen zu führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Spontan-Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Selbstpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Impulse zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Hausarbeiten zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) am Gemeinschaftsleben teilzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) früheren Hobbies nachzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Freizeitverhalten (Hobbies, sportliche Aktivitäten? Welche? Wie oft?) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Andere, Sie stützende Aktivitäten sowie familiäre oder partnerschaftliche Einbindung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Psychische Beanspruchung, Sinnesorgane

- hohe Verantwortung für Personen/Sachwerte
- ständige Konzentration
- überwiegend Bildschirmtätigkeiten
- Führungsaufgaben
- Publikumsverkehr
- Anlagesteuerung (Überwachung)
- Erschütterungen und Vibrationen

### Arbeitsweise

- Normalschicht
- Fließbandakkord
- Zweischichtsystem
- Einzelakkord
- Nachtschicht
- Einzel- bzw. Stückakkord
- Wechselschicht
- Gruppenakkord

### Äußere Einflüsse

- Nässe
- Kälte (< 10° C)
- ständige Arbeit bei künstlichem Licht
- Arbeit im Freien
- Arbeit in offenen Rohbauten
- belastigende Rauchentwicklung
- chemische Einflüsse
- dauernd starker Lärm (d. h. lauter als Straßenverkehr)
- Hitze, d. h. Temperaturen ständig > 30° C)
- Zugluft
- angestrenktes Sehen
- meist witterungsgeschützt
- starke Staubentwicklung
- belastigende Gase oder Dämpfe
- hautschädigende Arbeiten
- zeitweise starker Lärm in \_\_\_\_\_ % der Arbeitszeit

### Arbeitsweg

Wie kommen Sie zur Arbeit (zu Fuß, Fahrrad, Pkw, Fahrgemeinschaft)?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie viel Zeit benötigen Sie für Ihren Arbeitsweg \_\_\_\_\_ Minuten/Stunden

Wie ist die Entfernung zur Arbeitsstelle? \_\_\_\_\_ km

Pendeln Sie zum Arbeitsort (wochenweise o. ä.)?  nein  ja, nämlich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muss bei der Ausführung der Arbeiten besondere Rücksicht auf den Gesundheitszustand genommen werden?

nein  ja Wenn ja, inwiefern? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Verrichtungen können aufgrund Ihrer Beschwerden nicht mehr ausgeführt werden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wird die betriebliche Arbeitszeit eingehalten?  ja  nein Wenn nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie erleben Sie Ihre Arbeitstätigkeit insgesamt gesehen?

stützend  belastend  weder noch

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Psychosomatische Rehabilitationsziele**

Psychotherapeutische Ziele: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(z. B. Verbesserung der Entspannungsfähigkeit, Verbesserung von Angst- /Depressionsbewältigung, Verbesserung der Stressbewältigung und Problemlösefähigkeiten, Verbesserung der Selbst- und Körperwahrnehmung, Verbesserung der Konfliktfähigkeit etc.)

Ziele für berufliche und gesellschaftliche Teilhabe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(z. B. Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung etc.)

Somatische Ziele: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(z. B. körperliche Erholung und Stabilisierung, Steigerung der konditionellen Situation durch sporttherapeutische Anwendungen, Steigerung der Beweglichkeit. Reduktion oder Abstinenz Alkohol, Nikotin, Schmerzmedikamente etc.)

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum                      Unterschrift

