

MEDIAN Saale Klinik Bad Kösen I
Am Rechenberg 18
06628 Naumburg

*Patientenaufkleber
(Wird von der Klinik geklebt)*

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

bitte nehmen Sie sich vor Beginn Ihrer Rehabilitationsmaßnahme Zeit und beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte und zu Ihrem beruflichen Werdegang. Dies betrifft **alle** Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, auch wenn Sie derzeit keiner Beschäftigung nachgehen, weil Sie arbeitssuchend oder geringfügig beschäftigt sind, eine Erwerbsminderungsrente beziehen, im Vorruhestand oder Hausfrau/-mann sind. Durch das Ausfüllen des Fragebogens bleibt mehr Zeit für das persönliche Aufnahmegespräch.

Bitte beantworten Sie alle Fragen und kreuzen die zutreffenden Antworten an. Unterstriche und Tabellen sind für Ihre Eintragungen, bitte leserlich ausfüllen.

Wir bitten Sie höflichst, den Bogen persönlich bei der Aufnahme zu übergeben.



Dr. Beatrice Röder
Chefärztin Orthopädie

Einverständniserklärung und Datenschutzinformation: Die Daten unterliegen den einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Ihre Angaben werden nicht unbefugt an Dritte weitergegeben. Eine Weitergabe erfolgt nur dann, wenn Sie sich gesondert schriftlich damit einverstanden erklärt haben.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur freiwilligen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zum Zwecke medizinischer Behandlung und Beurteilung. Einsicht in die Daten haben an der medizinischen Behandlung unmittelbar beteiligte Ärzte sowie medizinisches und nichtmedizinisches Hilfspersonal, die alle zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

(Unterschrift)

(Ort, Datum)

Sonstige Behandlungen zurzeit: (z. B. Krankengymnastik, Psychotherapie)

Behandlung: _____ wie oft insgesamt? _____ mal Behandlungszeitraum: _____ bis _____
_____ mal _____ bis _____
_____ mal _____ bis _____

Bitte tragen Sie in der Tabelle Ihre **behandelnden Ärzte** ein:

	Name	Straße, Nr.	PLZ, Ort	Telefonnummer
operierende / vor-behandelnde Klinik				
Hausarzt				
Orthopäde				
Chirurg				
sonstiger Facharzt → Fachgebiet?				

1.2. Krankheitsverlauf

Wann traten die Beschwerden erstmalig auf? _____

Gab es akute Ereignisse, die zu den Beschwerden geführt haben?

Welche Diagnostik wurde durchgeführt?

Welche Behandlungen sind erfolgt?

Was hat geholfen, was nicht?

1.3. Weitere bisherige Krankheiten, Unfälle und Operationen

Bitte tragen Sie in der Tabelle bisherige schwere bzw. langwierige Krankheiten (auch Berufserkrankungen, Unfälle oder Arbeitsunfälle) in zeitlicher Reihenfolge ein. Bitte geben Sie an: Jahr, Art der Erkrankung und Dauer. Kreuzen Sie bitte an, ob Sie deshalb stationär oder ambulant behandelt wurden bzw. werden.

Krankheiten, Operationen und Unfälle in zeitlicher Reihenfolge:				
Jahr	Erkrankung	Dauer	stationär	ambulant
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden bei Ihnen wegen dieser Erkrankungen wichtige Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann. Bitte bringen Sie alle Arztbriefe, Bilder, Vorbefunde, Untersuchungsergebnisse oder Gutachten (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT / MRT, sonstige fachärztliche Untersuchungen) mit.

Röntgen Körperregion: _____ Ungefähres Datum: _____

CT/MRT Körperregion: _____ Ungefähres Datum: _____

Sonstiges: _____ Ungefähres Datum: _____
 (z. B. Magen-, Darmspiegelung)

Haben Sie **Allergien**? ja nein

Falls ja:

gegen Medikamente? ja nein Wenn ja, gegen welche? _____

gegen Sonstiges? (z. B. Pollen) ja nein Wenn ja, gegen was? _____

Haben Sie (**Speise-**)Unverträglichkeiten? ja nein

Falls ja, welche? _____

Risikofaktoren (wenn nicht bereits oben unter Krankheiten genannt) Ist bei Ihnen folgende Erkrankung bekannt?

Diabetes mellitus Bluthochdruck zu hohe Blutfette oder zu hohes Cholesterin Übergewicht

Haben Sie **schon einmal** eine **Rehabilitation** durchgeführt? ja nein

Wenn ja Rehabilitation nach Akutkrankenhaus? → wann? (Jahr): _____ Grund _____

sonstige Rehabilitationsverfahren? → wann? (Jahr): _____ Grund _____

1.4. Unwillkürliches Nervensystem

- Wie ist Ihr **Appetit**? gesteigert normal verringert
- Wie ist Ihr **Durst**? gesteigert normal verringert
- Mein **Stuhlgang** ist... regelrecht verstopft Durchfall
 sehr hart sehr weich mit Blutauflagerungen
- Beim **Wasserlassen** habe ich... keine Beschwerden häufiges Wasserlassen Blut im Urin
 Brennen beim Wasserlassen unwillkürlicher Harnabgang/Inkontinenz
 nächtliches Wasserlassen ____ mal/Nacht
- Haben Sie **Schlafprobleme**? nein beim Einschlafen beim Durchschlafen
 Atemstörung während des Schlafes (Schlafapnoe)
- Ich **wiege** ____ kg und bin ____ cm **groß**.
- Mein **Gewicht**: ist seit langem unverändert
 hat zugenommen um ____ kg in den letzten ____ Monaten
 hat abgenommen um ____ kg in den letzten ____ Monaten
- Bei Gewichtsveränderungen: Die Gewichtsveränderung war gewollt ungewollt
- Husten** habe ich... keinen/selten häufig ständig
- Auswurf** habe ich... keinen/selten häufig ständig

2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1. Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

- Ich bin ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet in einer Partnerschaft
 sonstiges: _____
- Ich habe keine Kinder
 ____ Kind/Kinder.
Das Kind ist/die Kinder sind _____ Jahr/Jahre alt.
Es lebt/leben ____ Kind/Kinder im Haushalt.

Wohnsituation und häusliche Versorgung

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus
- Erdgeschoss Etage: ____
Treppe: nein ja
Aufzug: nein ja
- eigener Haushalt Altenheim Pflegeheim ambulante Pflege sonstiges: _____
- Ich erhalte im Leben ausreichend Unterstützung von anderen Menschen: nein ja
- Ich habe einen eigenen Freundeskreis: nein ja
- Es bestehen soziale Belastungen: nein ja: durch: _____
- Es bestehen psychische Belastungen: nein ja: durch: _____

Finanzielle Situation

- Eine ausreichende Absicherung ist gegeben. Ich komme gerade so zurecht.
 Eine starke Belastung liegt vor. Eine Verschuldung liegt vor. sonstiges: _____

Freizeitbeschäftigung

- nein ja: _____

Sportliche Aktivitäten: nein ja: _____ - _____ mal pro Woche
für _____ Stunde / Stunden - seit _____ Monat / Monaten / Jahr / Jahren

Risikoverhalten

- keines bekannt Nikotin _____ Zigaretten / Tag Alkohol _____
 Bewegungsmangel ungesunde Ernährung Stressbelastung
 mangelnde Abgrenzung zwischen beruflichem und privatem Leben
 gesundheitsgefährdender Sport sonstiges: _____

Derzeitiger Erwerbsstatus

- erwerbstätig ○
 arbeitslos, seit: _____ Grund: _____
 in Ausbildung, seit: _____
 im Vorruhestand, seit: _____
 Hausfrau/Hausmann, seit: _____
 Altersrentnerin/-rentner, seit: _____
 Erwerbsminderungsrentnerin / -rentner seit: _____
 unbefristet
 befristet bis: _____ Grund: _____

Laufende Sozialleistungsanträge

- nein ○
 Antrag auf berufliche Rehabilitation Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung
 Antrag auf MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) Antrag auf GdB (Grad der Behinderung)
 Antrag auf Pflegegrad Antrag auf: _____
 Anerkennung MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit), mit _____ % Grund: _____
 Anerkennung GdB (Grad der Behinderung), von _____ Grund: _____
 Anerkennung Pflegegrad: _____ Grund: _____
Laufendes Sozialgerichtsverfahren nein
 ja: Art des Verfahrens: _____

2.2. Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

2.2.1. Beruflicher Werdegang

Schulabschluss

- nein Hauptschulabschluss Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur
 Anderweitiger Schulabschluss: _____

Berufsausbildung

nein ja

Ausbildung zum / zur	Abschluss		Wann wurde der Abschluss gemacht?
	ja	nein	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Berufsleben: Haben Sie bisher eine berufliche Tätigkeit ausgeübt? nein ja, welche?

Jahr (von / bis)	Berufsbezeichnung / Tätigkeit	Arbeitgeber

Es erfolgte aus **gesundheitlichen** Gründen ein / eine

Berufswechsel Arbeitsplatzwechsel Reduzierung der Arbeitszeit Umschulung

Wenn bekannt wann: _____ Grund: _____

nein

2.2.2. Beschreibung der sozialversicherungspflichtigen oder freiwillig gesetzlich rentenversicherten Tätigkeit

Folgende Fragen im Abschnitt 2.2.2. sind immer auszufüllen, auch wenn Sie derzeit keiner Beschäftigung nachgehen.

• Für diejenigen, die zur Zeit erwerbstätig sind:

Ich arbeite zurzeit als: _____ seit: _____

Ich **bin** sozialversicherungspflichtig tätig. Ich **bin** freiwillig gesetzlich rentenversichert tätig.

• Für diejenigen, die zur Zeit nicht erwerbstätig sind:

Ich habe zuletzt gearbeitet als: _____ seit: _____

Ich **war** sozialversicherungspflichtig tätig. Ich **war** freiwillig gesetzlich rentenversichert tätig.

Die folgenden Punkte bitten wir alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auszufüllen unabhängig von Ihrem Erwerbsstatus.

• Für alle, die zurzeit **erwerbstätig** sind, beziehen sich die folgenden Punkte auf die **aktuelle** sozialversicherungspflichtige (auch Teilzeit oder geringfügige Beschäftigung / Minijob) oder freiwillig gesetzlich rentenversicherte Tätigkeit (z. B. bei Selbstständigkeit).

• Für alle, die zurzeit **nicht erwerbstätig** sind, beziehen sich die folgenden Punkte auf die **letzte** sozialversicherungspflichtige (auch Teilzeit oder geringfügige Beschäftigung / Minijob) oder freiwillig gesetzlich rentenversicherte Tätigkeit (z. B. bei Selbstständigkeit).

Der Arbeitsvertrag ist / war:

unbefristet befristet bis: _____ ungekündigt gekündigt zum: _____

Die genannte Tätigkeit wird / wurde ausgeübt in

Vollzeit Teilzeit

geringfügiger Beschäftigung / Minijob mit ____ Stunden pro Woche und maximal ____ Stunden pro Tag.

Bitte beschreiben Sie ihre aktuelle bzw. letzte Tätigkeit, mit der Beschreibung der täglichen Arbeitsaufgaben:
(z. B. Büro mit PC-Tätigkeit, Lager bestücken etc.)

Körperliche Arbeitsschwere in % der Arbeitszeit

Heben oder Tragen von Lasten von weniger als 10 kg: nein ____ %

Heben oder Tragen von Lasten von 10 bis 15 kg: nein ____ %

Heben oder Tragen von Lasten von mehr als 15 kg: nein ____ %

Art und Gewicht der Lasten: _____

Technische Hilfsmittel/Hebehilfen nicht vorhanden vorhanden: _____

Arbeitshaltung in % der Arbeitszeit

Stehen: ____ % Gehen: ____ % Sitzen: ____ %

Spezielle Arbeitshaltungen und Anforderungen Überkopf:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Armvorhalte, Vorneige oder über Schulterhöhe:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Extreme Bewegungsauslenkungen der Halswirbelsäule:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Extreme Bewegungsauslenkungen der Brust- und Lendenwirbelsäule:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Bücken, Hocken und Knien:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Erhöhte Stand- und Gangsicherheit erforderlich, wie z. B. Gehen auf unebenem Gelände:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Ersteigen von und Arbeiten auf Leitern, Gerüsten und Dächern:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Erschütterungs- oder Vibrationsbelastungen:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Sonstiges: _____

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Berufliches Kraftfahren

nicht erforderlich mit dem PKW mit dem LKW mit einem Gefahrguttransporter

mit einer Baumaschine Art der Baumaschine: _____

Im Durchschnitt ca. ____ Stunde / Stunden pro Tag.

Personenbeförderung

nein ja Art des Fahrzeuges: _____

Im Durchschnitt ca. _____ Stunde/Stunden pro Tag.

Arbeitsorganisation

Tagesschicht Früh-/Spätschicht Nachtschicht sonstiges: _____

Ich bin/war am Arbeitsplatz

zufrieden teilweise zufrieden nicht zufrieden Grund: _____

Ich erreiche den Arbeitsplatz/habe den Arbeitsplatz erreicht

zu Fuß mit dem Fahrrad mit dem PKW mit öffentlichen Verkehrsmitteln

sonstiges: _____

Ein Weg dauert/dauerte ca. _____ Minuten.

Die erforderliche Gehstrecke, um den Arbeitsplatz zu erreichen, beträgt/betrug für den Hin- und Rückweg zusammen ca. _____ Meter.

Relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

keine schwankende Temperaturen inhalative Belastungen Allergene
 Lärm Erschütterungen Vibrationen Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr
 häufig wechselnde Arbeitszeiten sonstiges: _____

Betriebsärztliche Betreuung vorhanden

nein ja

Betriebliche Gesundheitsförderung vorhanden

nein ja Art der betrieblichen Gesundheitsförderung: _____

2.2.3. Arbeitsunfähigkeitszeiten

Ich war in den letzten zwölf Monaten vor der Aufnahme in die Rehaklinik arbeitsunfähig:

nein seit Beginn OP nicht erwerbstätig
 bis unter 3 Monate 3 bis unter 6 Monate 6 und mehr Monate

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit: _____ Diagnose: _____

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit: _____ Diagnose: _____

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit: _____ Diagnose: _____

Sie sind bei Aufnahme in unser Haus

arbeitsfähig arbeitsunfähig Die Arbeitsunfähigkeit besteht seit: _____

Arbeitsunfähigkeit hat durchgehend bis heute bestanden? nein ja

Wenn Sie arbeitslos sind: Wann trat die Arbeitsunfähigkeit ein?

vor Beginn der Arbeitslosigkeit oder nach Beginn der Arbeitslosigkeit

2.3. Welche Tätigkeiten und Aktivitäten im Alltag, Beruf und Freizeit fallen Ihnen schwer?

(beispielsweise spazieren gehen, Haushaltsführung, Hobbys)

Meine Rehaziele

Wir möchten, dass Sie sich ein wenig Zeit nehmen für Ihre Ziele in und vor allem nach der Rehabilitation. Damit wir diese Ziele gemeinsam erreichen, möchten wir Sie bitten, dass Sie uns genau 5 Ziele benennen, die für Sie besonders wichtig sind. Aus verschiedenen Bereichen haben wir einige Möglichkeiten für Sie zusammengestellt. Gern können Sie auch den Freitextbereich nutzen.

- | | | | |
|--|----|--------------------------|---|
| Schmerzlinderung | 1 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte, dass meine Schmerzen eine geringere Intensität haben. |
| | 2 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte, dass meine Schmerzen weniger häufiger auftreten. |
| | 3 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte, dass meine Schmerzen nicht mehr so lange andauern. |
| | 4 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte weniger Schmerzmittel einnehmen. |
| Beweglichkeit
Muskulatur | 5 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte mich besser bewegen können: _____ |
| | 6 | <input type="checkbox"/> | Die Muskelverkürzungen sollen besser werden. |
| Aufrechterhaltung/
Veränderung der
Körperposition | 7 | <input type="checkbox"/> | Meine Muskelkraft soll zunehmen: _____ |
| | 8 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte wieder länger und ausdauernder laufen können. |
| | 9 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte mich wieder besser hinlegen und aufstehen können. |
| Heben und Tragen
von Gegenständen | 10 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte wieder länger sitzen oder stehen können. |
| | 11 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte wissen, wie ich mich wirbelsäulenschonend verhalte beim Tragen und Heben von Gegenständen im Beruf und Alltag. |
| Fortbewegung | 12 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte wissen, wie ich mich gelenkschonend verhalte beim Tragen und Heben von Gegenständen im Beruf und Alltag. |
| | 13 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte wieder für längere Wegstrecken das Auto nutzen können. |
| Selbstversorgung | 14 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte meinen Haushalt wieder besser führen. |
| | 15 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte mich wieder belastbarer fühlen. |
| Gemeinsame Klärung
meiner beruflichen
Situation | 16 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte meine berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen. |
| | 17 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte meine berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen im Rahmen einer stufenweiser Wiedereingliederung. |
| | 18 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte wissen, wie ich meinen Arbeitsplatz ergonomisch einrichten kann. |
| | 19 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte informiert werden über eine innerbetriebliche Umsetzung oder Entlastung von bestimmten Tätigkeiten und diese entsprechend einleiten. |
| | 20 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte Informationen über die Möglichkeiten, die sich aus der Anerkennung eines Behinderungsgrades (GdB) für mich ergeben. |
| Gemeinsame Klärung
meiner Leistungsfähigkeit
in der Freizeit und im Alltag | 21 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte meinen Sport wieder aufnehmen. |
| | 22 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte wissen, welchen Sport ich ausüben kann. |
| | 23 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte mein Hobby wieder ausüben. |
| Krankheitsbewältigung | 24 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte wissen, wie ich im Vorfeld auf meinen Stress besser Einfluss nehmen kann. |
| | 25 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte wissen, wie ich Stresssituationen im Alltag und Beruf besser bewältigen kann. |
| | 26 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte mit meinen Schmerzen besser umgehen können. |
| | 27 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte wissen, wie ich auf meine Schmerzen besser Einfluss nehmen kann. |
| | 28 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte mehr über meine Erkrankung erfahren, um sie besser verstehen zu können. |
| | 29 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte mein Gewicht reduzieren. |
| | 30 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte Strategien erlernen, um mein Gewicht zu reduzieren. |
| | 31 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte mit dem Rauchen aufhören. |
| | 32 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte Möglichkeiten erlernen, um auf meinen Nikotinkonsum Einfluss nehmen zu können. |
| | 33 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte für die Zeit nach der Reha und über weitere wichtige Maßnahmen informiert werden. |
| Eigenübungen/ Hilfsmittel | 34 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte Übungen lernen, die ich zu Hause fortsetzen kann. |
| | 35 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte über verschiedene Hilfsmittel informiert werden. |
| | 36 | <input type="checkbox"/> | Ich möchte mit den nötigen Hilfsmitteln für zu Hause versorgt werden und damit umgehen können. |

