

○ Eigene Krankenhausaufenthalte

● Sind Sie - unabhängig von den oben genannten Operationen - jemals in einem Krankenhaus stationär behandelt worden? Warum? In welchem Jahr?

1. Grund? _____ → Jahr: _____
2. Grund? _____ → Jahr: _____
3. Grund? _____ → Jahr: _____
4. Grund? _____ → Jahr: _____

○ Eigene Vorerkrankungen

Bitte nennen Sie die Krankheiten, Verletzungen und Unfälle, an die Sie sich noch erinnern können!

- **Kinderkrankheiten:** ✍
- **Internistische Erkrankungen:** ✍
- **Unfälle:** ✍

● Gynäkologische Vorgeschichte:

Erste Regelblutung mit _____ Jahren

Letzte Regelblutung mit _____ Jahren

Pilleneinnahme für _____ Jahre

Letzte gynäkol. Krebsvorsorge im _____ (Monat/Jahr)

Anzahl der Geburt(en): _____ Geburtsjahr(e): _____ Spontangeburt Kaiserschnitt

Gynäkologische Operationen:

1. OP? _____ → Jahr: _____

2. OP? _____ → Jahr: _____

Hormonersatztherapie für _____ Jahre mit dem Wirkstoff _____

● **MRSA (Infektionen) Risikofaktoren:**

- Stationärer Krankenhausaufenthalt > 3 Tage Amputation: _____ Chronische Wunden
- liegende Zugänge (z.B. Blasenkatheter) chronische Pflegebedürftigkeit Dialyse-Patient
- Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten berufliche Tätigkeit in der Landwirtschaft
- Kontakt zu MRSA-/Isolations-Patienten andere Infektionen

○ Vegetative Vorgeschichte-> muss bitte ausgefüllt werden!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.

- **Allgemeinbefinden** gut schwach ✍ _____
- **Gewicht** konstant schwankend zugenommen abgenommen
Wieviel haben Sie im letzten Jahr zu- oder abgenommen? → _____ kg
- **Appetit** gut/normal schlecht → Speisenunverträglichkeiten ✍
- **Durst** normal vermindert erhöht → Trinkmenge _____ Liter tgl.
- **Stuhlgang** normal Durchfall Verstopfung Blähungen
- **Wasserlassen** normal gehäuft (Stress)Inkontinenz Schmerzen/Brennen
- **nächtliches Wasserlassen** Wie oft? → mal
- **Schlaf** gut Einschlaf- Durchschlafstörungen morgens unausgeschlafen
 nächtliches Aufwachen → etwa alle _____ Stunden
- **Allergien** → gegen ✍ keine
- **Medikamentenunverträglichkeit** ✍
- **Sonstiges** Schwindel Ohrgeräusche
- **Freizeitbeschäftigungen** ✍ _____

○ **Risikofaktoren-> muss bitte ausgefüllt werden!**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.

- **Nikotin** Nichtraucher Ex-Raucher Raucher, seit _____ Jahren
Wie viel rauchen Sie täglich? → __ Zigaretten tgl. __ Zigarren tgl __ Pfeife tgl
- **Alkohol** nie selten gelegentlich regelmäßig
Welche Alkoholsorten und welche Mengen trinken Sie?
- **Medikamente** Regelmäßige Einnahme von Schmerzmittel Schlaftabletten Beruhigungsmittel
- **Bewegung** ausreichend körperliche Bewegung (eher) Bewegungsmangel
- **Stress** beruflich privat finanziell
- **Übergewicht**, seit _____ Jahren erfolglose Diäten → Maximalgewicht: _____ kg

○ **Durchgeführte technische Untersuchungen**

Bitte listen Sie die in letzter Zeit durchgeführten Untersuchungen auf, möglichst mit Angabe des Datums (Monat + Jahr, z. B. 01/2005). Bringen Sie Ihren Röntgenpass mit zur Aufnahmeuntersuchung.

○ **Disease Management Programm**

Sind Sie Teilnehmer an einem Disease-Management-Programm der Krankenkassen (nur bei Patienten mit Diabetes, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma)? Ja Nein

○ **Medikamente**

- Welche Medikamente nehmen Sie ein? In welcher Dosierung?

- Nehmen Sie spezielle Medikamente gegen eine Krebserkrankung?
 Ja Nein Welches?

○ **Bisherige Rehabilitationsmaßnahme**

- Haben Sie bereits an einer Rehabilitationsmaßnahme („Kur“), Anschlussheilbehandlung oder Nachsorge-maßnahme teilgenommen?
Dies ist die _____ Kur.
Die letzte fand statt: Ort: _____ → Jahr: _____

2. Fragen zu Ausbildung und Beruf

○ **Ausbildung + Beruf -> muss bitte ausgefüllt werden!**

- **Schulabschluss:** Volks-/Hauptschule Realschule Gymnasium
- **Erlernete/r Berufe:** _____ → von _____ bis _____
- **Jetziger/Letzter Arbeitgeber:** ✍ _____ → Firmensitz: ✍ _____
→ Branche ✍ _____ → Betriebsgröße: ca. _____ Mitarbeiter
→ beschäftigt im Betrieb seit _____ → beschäftigt laut Vertrag als _____
 ungekündigt Kündigungsandrohung gekündigt seit/zum: _____

Aktuelles/letztes berufliches Anforderungsprofil:

- Teilzeit Vollzeit h/Woche _____
- Arbeit werktags
- Am Wochenende
- Arbeitsrhythmus normal tagsüber 2-Schicht 3-Schicht
- Der Weg zur Arbeit (Entfernung ca. _____ km) mit PKW mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Tätigkeitsbeschreibung:

Anforderungen an die Geschicklichkeit durch Feinarbeiten
Mentale Belastung durch Organisation Entscheidungen Konzentration Reaktion
Überwachung Kontrollfunktion Verantwortung für Menschen, Mitarbeiter und Betriebsabläufe
Subjektiv Zeitdruck
Wechselnde Primärhaltungen Primärhaltung stehend und gehend
Primärhaltung sitzend
Häufiges Gelegentliches Heben und Tragen von Lasten mit Gewichten bis zu _____ kg
Zwangshaltungen Gebeugt gebückt im Hocken und Knien
Überkopfarbeiten
Externe Einflüsse durch Zugluft Kälte Nässe

Stimmung am Arbeitsplatz:

Keine Probleme Probleme Deutliche Probleme

2.3. Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

- Sämtliche Alltagsanforderungen können ohne Fremdhilfe bewältigt werden.
- Beeinträchtigungen der Mobilität.
- Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des häuslichen Lebens, z.B. Bewältigung

○ **Derzeitige Situation und soziale Sicherung->muss bitte ausgefüllt werden!**

● Erwerbsstatus

- voll berufstätig teilweise berufstätig: → _____ Std./Woche Krankengeld seit _____
- arbeitslos gemeldet: Arbeitslosengeld 1 Arbeitslosengeld 2
→ ja, seit _____ Arbeitsamt: _____
- nicht (mehr) berufstätig/ in Rente: → ja, seit _____
→ wegen _____
- Hausfrau/-mann

● Arbeitsfähigkeit

- arbeitsfähig arbeitsunfähig, krankgeschrieben: → ja, seit _____
Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?
→ _____ mal, insgesamt _____ Wochen
→ wegen _____
- der Versuch einer stufenweisen Wiedereingliederung war erfolglos.
- von der Krankenkasse ausgesteuert am: _____

● Rente

- Rentenbezug: Altersrente → seit _____
 Erwerbsunfähigkeitsrente → seit _____ bis _____
 Berufsunfähigkeitsrente → seit _____ bis _____
 BG-Unfallrente → seit _____
→ Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE): _____ %
- Rentenanspruch gestellt: nein ja geplant abgelehnt

● Schwerbehinderung

- Schwerbehinderung anerkannt: nein ja → seit _____
→ Grad der Behinderung (GdB): _____ (%) Merkzeichen: _____
 geplant
- Veränderungsantrag gestellt: nein ja geplant abgelehnt

● Pflegegrad

nein ja, Grad: _____ → seit _____

● Sozialrechtsstreitigkeiten

- Sozialgerichtsklage: nein ja geplant abgelehnt
→ wegen _____

○ **Rehabilitationsziele**

- Von wem ging die Initiative zur Antragstellung auf eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme aus?
 - eigener Wunsch
 - Empfehlung des Hausarztes
 - Empfehlung der Onkologie/Gynäkologie/Strahlentherapie
 - MdK-Arzt - Medizinischer Dienst der Krankenkassen
 - Empfehlung des Krankenhauses

- Welche Ziele würden Sie im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gerne erreichen?
 - Verbesserung der Beweglichkeit
 - Konditionssteigerung
 - Information über Krankheit
 - Ernährungsberatung
 - Unterstützung der Wundheilung
 - Gewichtsabnahme
 - Gewichtszunahme
 - Linderung des Lymphödems
 - Psychologische Unterstützung
 - Erholung-/Abstandsfindung
 - Schmerzlinderung
 - Besserung der Gefühlsstörungen
 - Verbesserung der Selbsthilfetätigkeit
 - Information zum berufl. Wiedereinstieg
 - Rauchentwöhnung (?)

Sonstiges: _____

Wichtig – bitte ausfüllen!! **Vorname, Name:** _____

Geb.-Datum: _____

3. Belastungssituationen (Version 02/2015) -> muss bitte ausgefüllt werden!

Sie finden im Folgenden eine Liste mit **Belastungssituationen**, wie sie in Ihrem Leben vorkommen könnten. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der fünfstufigen Skala von „kaum“ bis „sehr stark“), wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei „trifft nicht zu“.

	Trifft nicht zu	Kaum	Trifft zu und belastet mich:			sehr stark
			→	→	→	→
1. Ich fühle mich häufig schlapp und kraftlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich leide unter Wund-/Narbenschmerzen (Operation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin unsicher im Umgang mit anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich leide unter ungeklärten körperlichen Beschwerden (z. B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe Angst vor einer Ausweitung/Fortschreiten der Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Andere Menschen reagieren mir gegenüber oft verständnislos/rücksichtslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Körperpflege fällt mir seit der Erkrankung schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe Angst davor, Schmerzen zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe den Eindruck, für andere Menschen weniger wertvoll zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe Angst davor, noch einmal in ein Krankenhaus zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fühle mich körperlich unvollkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich kann meinen Hobbys (u.a. Sport) jetzt weniger nachgehen als vor der Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich leide häufig unter Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe Angst davor nicht mehr arbeiten zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich fühle mich nicht gut über meine Erkrankung/Behandlung informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich bin oft angespannt und nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Seit der Erkrankung habe ich weniger sexuellen Verkehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich fühle mich nicht hinreichend über soziale/finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Es ist schwierig, in meiner Familie offen über meine Situation zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich unternehme seit der Erkrankung weniger als vorher (Kino, Restaurant, Freunde besuchen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Verschiedene Ärzte haben sich unterschiedlich über meine Erkrankung geäußert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich habe zu wenig Möglichkeiten mit einem Fachmann/-frau über seelische Belastungen zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Es ist für meinen Partner schwierig, sich in meine Situation hereinzufühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sozialrechtlicher Beratungsbedarf -> muss bitte ausgefüllt werden!

In der folgenden Tabelle möchten wir Ihnen einige Fragen stellen, die Ihren Bedarf an sozialrechtlicher Beratung abklären. Bitte kreuzen sie an, wie hoch Ihr Unterstützungsbedarf ist, wir werden dann einen entsprechenden Termin für Sie einplanen.

	keinen	wenig	mäßig	groß
1. Ich habe Beratungsbedarf zur Schwerbehinderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe Beratungsbedarf zu meiner beruflichen Situation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe Beratungsbedarf zur Rente (Erwerbsminderungsrente, vorzeitige Rente wegen Schwerbehinderung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe Beratungsbedarf zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Übergangsgeld, Krankengeld, Arbeitslosengeld I, Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe Beratungsbedarf zur Kostenübernahme erforderlicher Maßnahmen (Fahrkosten, Zuzahlungen, Befreiung etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe Beratungsbedarf zu Unterstützungsmöglichkeiten (Beratungsstellen, Integrationsamt, Bürgertelefon etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe Beratungsbedarf zur häuslichen Versorgung (Haushaltshilfe, ambulante Pflege etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Berufliche Belastung -> muss bitte ausgefüllt werden!

Auch wenn Sie in unserer Klinik wegen körperlicher Beschwerden aufgenommen wurden, beachten Sie bitte, dass sich die folgenden Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und berufliche Belastung beziehen.

Bitte beantworten Sie **jede** Frage, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrif. Machen Sie bitte nur **ein Kreuz pro Frage** und lassen Sie keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

1. Sind Sie zurzeit berufstätig? (Bitte auch bei gegenwärtiger Krankschreibung beantworten)

<input type="checkbox"/> Ja, Vollzeit (6 Stunden/Tag und mehr) <input type="checkbox"/> Ja, Teilzeit (3 bis unter 6 Stunden/Tag) <input type="checkbox"/> Ja, Teilzeit (1 bis unter 3 Stunden/Tag) <input type="checkbox"/> Ja, in Ausbildung <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <small>(falls dies für Sie zutrifft: Betrachten Sie bei der Beantwortung der folgenden Fragen Ihre Tätigkeit für Haushalt und Familie wie eine berufliche Tätigkeit)</small>	<input type="checkbox"/> Nein, arbeitslos seit _____ <input type="checkbox"/> Nein, Zeitrente bis _____ <input type="checkbox"/> Nein, dauerhaft berentet <small>(Altersrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente)</small>
--	--

2. Glauben Sie, dass sie nach der REHA-Maßnahme wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können?

	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

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

	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

4. Wie bald nach Abschluss der REHA-Maßnahme hoffen Sie, Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen? Innerhalb von ...

	<input type="checkbox"/> einem Monat	
	<input type="checkbox"/> mehr als einem Monat	
	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	

	überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
5. Wie stark ist Ihr berufliches Leistungsvermögen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tragen Belastungen am Arbeitsplatz zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden bei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre berufliche Tätigkeit belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben Sie Interesse, berufliche Probleme im Rahmen der REHA-Maßnahme zu bearbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie Interesse, an einer berufsbezogenen Schulungsgruppe teilzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>