

pro medik

Reha + Prävention

Krankenhausstraße 38-40 50354 Hürth
Telefon: 02233 39690 Fax: 02233 396969
Homepage: www.promedik.de E-Mail: huerth@promedik.de

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Adresse:
Fon: Fax: Mail:
Kostenträger: Einweisender Arzt:

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Sie in unserer Einrichtung begrüßen zu dürfen.

Dieser Fragebogen soll unseren Ärzten zur Vorbereitung der Aufnahmeuntersuchung dienen. Füllen Sie ihn deshalb bitte bereits zu Hause **möglichst vollständig** aus. Sie können ihn vorab an uns übersenden, legen Sie ihn jedoch auf jeden Fall spätestens zur Aufnahmeuntersuchung vor. Außerdem sollten Sie **aktuelle** Röntgenbilder, Kopien von Untersuchungs- und Laborbefunden, Medikamenten und bitte Ihre Hilfsmittel (z.B. Unterarmstützen, Schuheinlagen etc.) mitbringen. Alle von Ihnen gemachten Angaben auf diesem Fragebogen werden Bestandteil der Krankenakte und unterliegen somit der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Vorschriften zum Umgang mit personenbezogenen Daten.

Aufenthalt im Rehazentrum pro medik vom bis

Nehmen Sie am Disease Management Programm teil? Ja Nein

Name, Anschrift, Telefon der nächsten Angehörigen:

Krankenkasse mit Anschrift / Versicherungsnummer:

1. Allgemeine Vorgeschichte

Bitte tragen Sie zunächst wichtige Erkrankungen (z.B. Zucker / Krebs / Thrombose / Herzinfarkt) bzw. Todesursachen Angehöriger ein.

Mutter:

Vater:

Geschwister:

.....

Gewicht	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> Abnahme:	kg	<input type="checkbox"/> Zunahme	kg (im letzten Jahr)
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Verstopfung		<input type="checkbox"/> Durchfall	
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Blasenschwäche		<input type="checkbox"/> nachts:	x
Schlaf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Einschlafstörung		<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	
Halten Sie eine Diät ein?		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
Rauchen Sie?		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	Zigaretten/Tag
Trinken Sie Alkohol?		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	(Menge; Wein, Bier, Schnaps)
Haben Sie Allergien?		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
Üben Sie regelmäßig Sport aus?		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	(Häufigkeit/Woche)

.....

2. Eigene Krankheitsgeschichte

a) Vorerkrankungen Krankheiten (z.B. Bluthochdruck, Rheuma; seit wann):

.....

b) Bisherige Operationen (welche, wann), z.B. Mandeln, Blinddarm, Bandscheiben:

.....

c) Derzeitige Erkrankung (welche, Jahr der Krankheitsfeststellung) und Beschwerden (seit wann) :

.....

d) Aktuelle Beschwerden (welche, wann):

.....

e) Aktuelle Diagnose/ggf. Operation:

.....

pro medik

Reha + Prävention

Krankenhausstraße 38-40 50354 Hürth
Telefon: 02233 39690 Fax: 02233 396969
Homepage: www.promedik.de E-Mail: huerth@promedik.de

3. Therapie

Name, Straße, PLZ und Ort des Hausarztes:

.....

Name, Straße, PLZ und Ort des Orthopäden:

.....

Bisherige Rehabilitationsaufenthalte (wann und wo):

.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Präparat / Dosis	Morgens	mittags	abends	nachts
Beispiel: 50mg Tabl.	1	0	1	0

4. Soziale / familiäre Situation

Häusliche Situation: alleinstehend verwitwet verheiratet geschieden

Anzahl und Alter der Kinder davon im Haushalt lebend

Brauchen Sie Hilfe beim Anziehen Essen Benutzen der Toilette Waschen?

Hobbies: Führerscheinklasse:

.....

5. Berufliche Situation (Berufstätige bitte alle Punkte ausfüllen) Rentner/in

Derzeit: arbeitsfähig arbeitslos Vorruhestand

arbeitsunfähig (krank geschrieben) seit: 20

Rentenantrag am 20

Grad der Behinderung (GdB) wegen

Schulabschluss:

Erlerner Beruf: Ausgeübter Beruf: seit 19

Arbeitsplatz: Größe des Betriebes: ca. Mitarbeiter Anfahrtsweg: km

Welche Belastungen sind an Ihrem Arbeitsplatz gegeben?

Überwiegend: Sitzen Stehen Gehen
Häufig: Bücken Heben Tragen bis kg
Arbeitsschwere: leicht mittel schwer
Besondere Belastungen: Schichtarbeit Akkord Innentätigkeit Außentätigkeit
 Chemikalien Dämpfe Staub Nässe
 Sonstiges:
 Vollzeitbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt: Stunden/Woche

6. Allgemeines Befinden

Körpergröße: cm Gewicht: kg

In welchem Bereich gibt es evtl. belastende Lebenssachverhalte, die Ihre Rehabilitation beeinträchtigen könnten?

Aufgabenbewältigung / seelisches Wohlbefinden / Schlaf Familie / Verwandte / Partnerschaft
 Beruf / Kollegen / Vorgesetzte Freizeit / Freundeskreis / Nachbarschaft
 Wirtschaftliche Absicherung / Sonstiges