

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: Geburtstag:
Adresse:
Telefon: Fax: Mail:
Kostenträger: Einweisender Arzt:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 **möglichst vollständig** aus. Sie können ihn vorab an uns übersenden, legen Sie ihn bitte auf jeden Fall spätestens zur Aufnahmeuntersuchung vor. Außerdem sollten Sie uns **aktuelle** Papierauszüge digitaler Röntgenaufnahmen von CD-ROM (nicht diese selbst oder aber schriftliche Röntgenbefunde), 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:

Derzeitige Erkrankung (welche, Jahr der Krankheitsfeststellung) und Beginn und Verlauf:

Aktuelle Diagnosestellung durch welche (ggf. technische) Maßnahmen:

2. Beschwerden

Bei welchen Bewegungen in Ihrem Alltag treten Schmerzen/Einschränkungen auf?

In welcher Körperregion treten die Schmerzen/Einschränkungen auf?

Schulter/ Arm rechts links Becken/ Bein rechts links
 Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule andere

Welche Bewegung und Aktivitäten in Ihrem Alltag werden durch die Erkrankung beeinträchtigt?

pro medik

Reha + Prävention

Krankenhausstraße 38–40 50354 Hürth

Telefon: 02233 39690 Fax: 02233 396969

Homepage: www.promedik.de E-Mail: huerth@promedik.de

Wo empfinden Sie die Belastung am stärksten?

- Schulter/ Arm rechts links Becken/ Bein rechts links
 Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule andere

Gibt es eine Bewegung/Aktivität bei der Sie befürchten sich zu schaden oder sich zu verletzen?

.....

3. Behandlungen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? Wegen welcher Erkrankungen?

Präparat / Dosis	morgens	mittags	abends	nachts	wegen

Andere Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Spritzen wann, wie oft):

.....

Bisherige Operationen (welche, wann?), z.B. bei nach Knochenbrüchen, Bandscheibenvorfällen:

.....

Bisherige Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte (wann und wo):

.....

Bisherige Gesundheitsschulungen:

.....

Name, Straße, PLZ und Ort des Hausarztes:

.....

Name, Straße, PLZ und Ort des Orthopäden:

.....

Teilnahme an Selbsthilfegruppen?

.....

Vegetativum und Risikofaktoren:

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

pro medik

Reha + Prävention

Krankenhausstraße 38–40 50354 Hürth

Telefon: 02233 39690 Fax: 02233 396969

Homepage: www.promedik.de E-Mail: huerth@promedik.de

4. Soziale / familiäre Situation

Häusliche Situation: ledig verwitwet verheiratet geschieden verpartnert

Anzahl und Alter der Kinder: davon im Haushalt lebend:

Brauchen Sie Hilfe beim Anziehen Essen Benutzen der Toilette Waschen?

Grad der Behinderung (GdB) wegen

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)wegen

Hobbies: Führerscheinklasse:

5. Berufliche Situation (Berufstätige bitte alle Punkte ausfüllen)

Rentenantrag am.....20..... Rentner/in
 Erwerbsunfähigkeitsrentner/in

Derzeit: arbeitsfähig arbeitslos Vorruhestand in Ausbildung
 Hausfrau/ -mann in Elternzeit/ Mutterschutz

Schulabschluss:.....

Erlerner Beruf:.....Ausgeübter Beruf:.....seit 19.....

Grund für einen beruflichen Wechsel:

Beschreibung des Arbeitsplatzes (nur relevant für DRV-Versicherte):

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

Gibt es eine betriebsärztliche Versorgung? Oder ggf. betriebliche Gesundheitsförderung?

Welche Belastungen sind an Ihrem Arbeitsplatz gegeben? (Bitte Anteil in Prozent angeben.)

Arbeitshaltung (%):
Sitzen aufrecht vorgeneigt gedreht
Stehen aufrecht vorgeneigt gedreht
Bücken aufrecht vorgeneigt gedreht
Heben aufrecht vorgeneigt gedreht
Tragen bis kg
Wechselnd

Arbeitsschwere: leicht mittel schwer

Besondere Belastungen: Tag/ Nacht/ Wechsel- (Schicht)arbeit Akkord

Innentätigkeit Außentätigkeit

Dämpfe Staub Nässe Chemikalien

Sonstiges:.....

Vollzeitbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt:Stunden/Woche

Arbeitsunfähig (krankgeschrieben) in den letzten 12 Monaten? Seit von bis

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 Soziale Absicherung / Sonstiges

.....