

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig und gewissenhaft zu beantworten. Alle Angaben sind Bestandteil Ihrer Krankenakte und Unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bringen Sie diesen Fragebogen bitte mit allen wichtigen Arztberichten, Röntgenbildern und sonstigen relevanten Unterlagen zur Aufnahmeuntersuchung mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Telefon-/ Handynummer:

E-Mail-Adresse:

1.1 Jetzige Beschwerden

1.1.1 Schildern Sie bitte möglichst präzise Ihre gegenwärtigen Hauptbeschwerden:
Seit wann – zu welchen Tages- oder Nachtzeiten – Verschlimmerung wodurch –
Besserung wodurch:

.....
.....
.....

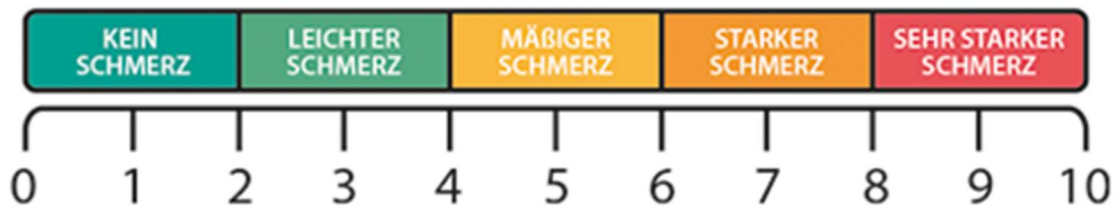
1.1.2 Was ist nach Ihrer Ansicht die **Ursache Ihrer Erkrankung** bzw. wodurch wurden
Ihre Beschwerden ausgelöst?

.....
.....
.....

1.1.3 Ist Ihre Gehstrecke eingeschränkt? ☐ nein ☐ Ja, maximal.....m/km/min

1.1.4 Aktuelle Schmerzintensität

Bitte markieren Sie auf der Skala die Stärke Ihrer Hauptschmerzen



1.2 Bisheriger Verlauf der Beschwerden

1.2.1 Welche Behandlungen/Therapien wurden bei Ihnen in den letzten Monaten durchgeführt?

- | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Krankengymnastik | ☐ mit Erfolg | ☐ ohne Erfolg |
| ☐ Massage | ☐ mit Erfolg | ☐ ohne Erfolg |
| ☐ Akupunktur | ☐ mit Erfolg | ☐ ohne Erfolg |
| ☐ Infiltration | ☐ mit Erfolg | ☐ ohne Erfolg |
| ☐ Schmerztherapie | ☐ mit Erfolg | ☐ ohne Erfolg |
| welche?..... | | |
| ☐ TENS | ☐ mit Erfolg | ☐ ohne Erfolg |
| ☐ Andere: | ☐ mit Erfolg | ☐ ohne Erfolg |

1.2.2 Benutzen Sie Hilfsmittel?

- | | |
|---|--|
| ☐ Einlagen | ☐ Unterarmgehstützen |
| ☐ orthopädische Schuhe | ☐ Rollator |
| ☐ Orthesen | ☐ Gehstock / Walking Stöcke |
| ☐ Korsett | ☐ Rollstuhl |
| ☐ Bandagen | ☐ Elektrorollstuhl |
| ☐ andere: | |

1.2.3 Diagnostik

Welche Untersuchungen sind in den letzten 3 Jahren bei Ihnen durchgeführt worden:

- | | | |
|--|-------------|---------------------|
| ☐ Röntgen | wann: | Körperregion: |
| ☐ CT | wann: | Körperregion: |
| ☐ MRT (Kernspin) | wann: | Körperregion: |
| ☐ Knochendichtemessung | wann: | |
| ☐ Vorstellungen in Spezialsprechstunden (z.B. Schmerzklinik, Osteoporose-Sprechstunde)..... | | |

1.2.4 Fühlen Sie sich über Ihre Erkrankung aufgeklärt? ☐ ja ☐ nein

1.3 Vor- und Begleiterkrankungen

1.3.1 Operationen:

.....

.....

.....

1.3.2 Unfälle, Knochenbrüche, Verletzungen

.....

.....

.....

1.3.3 Sonstige Erkrankungen

- | | | |
|---|--|--|
| Neurologische Leiden: | ☐ Anfallsleiden (Epilepsie) | ☐ Schlaganfall |
| Herz-/Kreislauf- | ☐ Bluthochdruck | ☐ Thrombosen/Embolien |
| Gefäßerkrankungen: | ☐ Herzrhythmusstörungen | ☐ Infarkte |
| Lungenerkrankungen: | ☐ Asthma | ☐ Schlafapnoesyndrom |
| | ☐ chronische Bronchitis | |
| Bauchorganerkrankungen: | ☐ Leber / Galle | ☐ Darm |
| Unterleibs-/Harnorgan- | ☐ Niere | ☐ Blase |
| Erkrankungen: | ☐ Prostata | ☐ gynäkologisch |
| Stoffwechselerkrankungen: | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Schilddrüse |
| | ☐ Fettstoffwechselstörung | ☐ Gicht |
| Knochen-/Gelenk-/ Wirbelsäulenerkrankungen: | | |
| Rheumatische Erkrankungen: | | |
| Sonstige: | ☐ Gerinnungsstörung | ☐ |

1.3.4 Frühere Rehabilitationsmaßnahmen:

(Wann, wo, Ergebnis)

.....

.....

.....

1.4 Psychiatrische/psychische Erkrankungen

- ☐ Depressionen ☐ Angststörungen ☐ bipolare Störung
- ☐ Sucht-/Abhängigkeitserkrankung:
- ☐ sonstige:

1.5 Vegetative Anamnese

1.5.1 Leiden Sie unter Schlafstörungen ☐ nein

- ☐ Einschlafstörung ☐ Durchschlafstörung
☐ schmerzbedingte Schlafstörung ☐ morgendliche Zerschlagenheit

Wie ist Ihr Appetit? ☐ gut ☐ normal ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ wechselnd

Wie ist Ihr Stuhlgang? ☐ normal ☐ verstopft ☐ durchfällig ☐ wechselnd

Nehmen Sie Abführmittel? ☐ gelegentlich ☐ häufig:.....

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? ☐ ja, welche?

Müssen Sie nachts regelmäßig Wasserlassen? ☐ ja, wie oft:mal

1.5.2 Leiden Sie unter einer Allergie?

☐ ja, gegenüber folgenden Medikamenten:

.....

☐ ja, gegenüber folgenden Stoffen:

.....

Allergiepass vorhanden? ☐ nein ☐ ja

Unverträglichkeit gegenüber folgenden Nahrungsmitteln:

.....

1.5.3 Risikoverhalten

Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert?

Ich wiege ca.kg Körpergröße:cm

In den letzten 6 Monaten ☐ zugenommen ca.kg

☐ abgenommen ca.kg

Wieviel Alkohol trinken Sie?

☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ täglich

Art/Menge

Rauchen Sie?

☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ täglich

Art/Menge

Nehmen Sie Drogen?

☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ täglich

Art/Menge

1.6 Medikamente

Medikament	Stärke	Früh	Mittags	Abends	Nachts	Seit	Bei Bedarf

2 Sozialanamnese

2.1 Allgemeine Angaben zur sozialen Situation

2.1.1 Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ getrennt lebend ☐ Partnerschaft

Ist Ihr/-e Lebenspartner/-in berufstätig? ☐ ja ☐ nein

Anzahl der Kinder / Alter: Noch im elterlichen Haushalt lebend:

Versorgen Sie pflegebedürftige Angehörige? ☐ ja ☐ nein

2.1.2 Wohnsituation:

☐ Mietwohnung ☐ Eigentumswohnung ☐ eigenes Haus

☐ Sonstiges.....

Etagen: Treppenstufen: Aufzug: ☐ ja ☐ nein

2.1.3 Sportarten, Freizeitaktivitäten, Hobbys

.....

2.1.4 Bestehen Belastungsfaktoren?

- ☐ Im Beruf, z.B. durch Zeitdruck, Leistungsanforderungen, schlechtes Betriebsklima, Konflikte mit Vorgesetzten
- ☐ Durch familiäre oder private Probleme, z.B. Krankheit und Pflege von Angehörigen, finanzielle Sorgen, Verluste
- ☐ Konflikte in der Vereinbarkeit der beruflichen und privaten Aufgaben
- ☐ Sonstige Belastungsfaktoren:
.....

2.1.5 Welche der folgenden Angaben trifft auf sie zu?

- ☐ ganztags berufstätig ☐ Hausfrau/-mann
- ☐ mindestens halbtags berufstätig ☐ Altersrentner/-in
- ☐ weniger als halbtags berufstätig ☐ arbeits-/erwerbslos seit wann?
- ☐ Altersteilzeit: aktive Phase passive Phase, seit wann?
- ☐ Rentner/-in wegen Erwerbsminderung (voll)
- ☐ Rentner/in wegen Erwerbsminderung (teil)
- ☐ aus anderen Gründen nicht erwerbstätig:

2.1.6 Beziehen Sie Renten oder andere Sozialleistungen oder haben Sie solche beantragt?

- ☐ nein
- ☐ ja, folgende:
 - ☐ Arbeitslosengeld I ☐ Bürgergeld
 - ☐ Antrag auf Altersrente, gestellt am:
 - ☐ Antrag auf Erwerbsminderungsrente, gestellt am:
 - ☐ Krankengeld/Übergangsgeld
 - ☐ berufsgenossenschaftliche Rente
 - ☐ Laufende Sozialgerichtsverfahren
 - ☐ Witwenrente

2.1.7 Ist ein Grad der Behinderung anerkannt?

- ☐ nein
☐ ja, in Höhe: Merkzeichen:

2.1.8 Ist ein Pflegegrad zuerkannt?

- ☐ nein
☐ ja, Grad:

**Wenn Sie schon in der regulären Altersrente sind,
 dann ist der Fragebogen für Sie hier beendet.
 Andernfalls füllen Sie bitte weiter aus.**

2.2 Arbeitsanamnese: Angaben zu Ausbildung und Berufsleben

2.2.1 Schulabschluss:

- ☐ kein Schulabschluss ☐ 8. Klasse ☐ 9. Klasse ☐ 10. Klasse ☐ Abitur

2.2.2 Berufsausbildung

Zeitraum (von – bis)	Berufsausbildung als	mit/ohne Abschluss

2.2.3 Bisher ausgeübte Tätigkeit

Zeitraum (von – bis)	Bezeichnung der Tätigkeit	Beendet wegen (z.B. Krankheit, Kündigung)

2.2.4 Qualifikationen/Umschulung

Zeitraum (von – bis)	Bezeichnung	mit/ohne Abschluss

Erfolgte aus gesundheitlichen Gründen:

☐ Arbeitsplatzwechsel ☐ Arbeitszeiteinschränkung ☐ Umschulung

2.2.5 Name und Anschrift des Arbeitgebers:

.....

Dauer der Betriebszugehörigkeit: Jahre

Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb:

2.2.6 Der Arbeitsvertrag ist/war

☐ unbefristet ☐ befristet bis:
☐ ungekündigt ☐ gekündigt zum:

2.2.7 Die genannte Tätigkeit wird/wurde ausgeübt in:

☐ Vollzeit ☐ TeilzeitStunden pro Woche ☐ geringfügige Beschäftigung /Minijob mit Stunden pro Woche und maximal Stunden pro Tag
 anderer Arbeitszeitmodelle:.....
☐ regelmäßige Frühschicht /Spätschicht ☐ regelmäßige Dreischicht
☐ nur Nachtschicht ☐ starrer maschinengebundener Arbeitstakt
☐ Einzelakkord ☐ Gruppenakkord

2.2.8 Bitte beschreiben Sie ihre aktuelle bzw. letzte Tätigkeit, mit der Beschreibung der täglichen Arbeitsaufgaben:

.....

Körperliche Arbeitsschwere in % der Arbeitszeit.

Heben oder Tragen von Lasten von weniger als 10 kg: ☐ Nein ☐%

Heben oder Tragen von Lasten von 10-15 kg: ☐ Nein ☐%

Heben oder Tragen von Lasten von mehr als 15 kg: ☐ Nein ☐%

Art und Gewicht der Lasten:

Technische Hilfsmittel/Hebehilfsmittel:

Arbeitshaltung in % der Arbeitszeit

Stehen:% Gehen:% Sitzen:%

Spezielle Arbeitshaltungen und Anforderungen:

Überkopfarbeiten:

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

Armvorhalte oder über Schulterhöhe:

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

Extreme Bewegungsauslenkungen der Wirbelsäule

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

Bücken:

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

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

Arbeiten auf Gerüsten, Leitern:

- ☐ 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

- ☐ Kälte, Zugluft, Nässe ☐ Hitze ☐ starke Staubentwicklung
☐ Rauchentwicklung ☐ Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?.....
☐ starker Lärm ☐ Lärmschutz muss getragen werden
☐ hautreizende Stoffe, welche?.....
☐ atemwegsreizende Stoffe, welche?.....
☐ überwiegend im Freien ☐ Überwiegend in Rohbauten
☐ überwiegend witterungsgeschützt

Berufliche Kraftfahren: ☐ Pkw ☐ Lkw ☐ Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge

- ☐ Personenbeförderung ☐ Gefahrguttransport
☐ Publikumsverkehr ☐ häufige Reisetätigkeit ☐ Auswärts-Montage
☐ Mitarbeiterführung ☐ erhöhte Unfallgefahr
☐ außerordentliche Konzentration erforderlich
☐ keine geregelte Pausen ☐ besondere Anforderungen an das Sehvermögen

Arbeiten am PC ca. % der Arbeitszeit ☐ ein rückengerechter Arbeitsplatz besteht

Außendienst mit km Fahrleistung pro Jahr

Der Arbeitsweg für eine einfache Fahrt beträgtkm und wird zurückgelegt per:

Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz:

2.2.9 Wie stellen Sie sich ihre berufliche Zukunft vor?

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich

- ☐ ...in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann.
☐ ...in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann.
☐ ...eine andere Arbeit will.
☐ ...überhaupt nicht mehr arbeiten kann.
☐ ...eine Rente beantragen/bekommen werde.
☐ ...arbeitslos sein werde.
☐ ...weiter krankgeschrieben werde.
☐ Ich weiß es noch nicht



2.2.10 Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor Rehabilitationsbeginn:

- ☐ keine
☐ Ja, folgende:

Zeitraum / Dauer	Diagnose

Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben? ☐ nein ☐ ja, seit wann?

Sind Sie bereits ausgesteuert? nein ja

2.3 Beschreiben Sie Ihre konkreten Einschränkungen in der Freizeit und im Beruf

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:

Unterschrift: