

Anmeldebogen Reha

Name/ Vorname		geb.
Straße		Hausnr.
PLZ	Wohnort	
Telefonnr.	Mobil	
E-Mail		

Name und Telefonnummer von Angehörigen (bei Notfall und Fragen).

1.	Name	Telefonnr.
2.	Name	Telefonnr.

Name des Kostenträgers/ Krankenkasse	Versicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> zuzahlungsbefreit (Befreiungsausweis)
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
gültig bis: _____		
Merkzeichen:	Grad der Behinderung:	
_____	_____	

Zuweisende Klinik/ Arzt (wenn bekannt)

Hausarzt mit Anschrift (wenn bekannt)

Facharzt mit Anschrift (wenn bekannt)

Neurologe Kardiologe Orthopäde Psychologe _____

- Zutreffendes ankreuzen und bei ja, bitte im jeweiligen Kasten näher erläutern -

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand

Aktuelle Beschwerden ja nein

Wo sind die Beschwerden? _____

Seit wann? _____

Wie äußern sich die Beschwerden? _____

Liegt eine Diagnose bezüglich dieser Beschwerden vor?
(sh. Abschlussbericht Krankenhaus/ Arzt)

ja nein

Erfolgten diesbezüglich Therapien oder Operationen?
Wo, Wann

ja nein

Fragen zu weiteren Erkrankungen

Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen,...) ja nein

Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, ...) ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Magen-Darmerkrankungen ja nein

Krebserkrankungen ja nein

Epilepsie ja nein

Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, ...) ja nein

Diabetes (Typ I, Typ II) ja nein

- Zutreffendes ankreuzen und bei ja, bitte im jeweiligen Kasten näher erläutern -

Rheumatische Erkrankungen (z.B. Arthrose, Fibromyalgie,...) ja nein

Osteoporose ja nein

Knochenbrüche ja nein

Allergien ja nein

Sonstige Erkrankungen ja nein

Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

HIV/ Aids ja nein

Hepatitis (A, B, C, D, F) ja nein

Krankenhauskeim (MRSA) ja nein

Darmkeime (z.B. Clostridien,...) ja nein

Coronavirus (COVID-19) ja nein

Sonstige ja nein

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente? (wenn möglich, Name und Menge im grauen Feld angeben)

Blutdruck ja nein

Blutverdünner ja nein

Schmerzmittel ja nein

Insulin ja nein

Schlafmittel ja nein

Immunsuppressiva ja nein

Antidepressiva ja nein

Sonstige ja nein

- Zutreffendes ankreuzen und bei ja, bitte im jeweiligen Kasten näher erläutern -

Personenspezifische Fragen

Familienstand:

- ledig verheiratet geschieden verwitwet

Wohnsituation:

- Haus Treppen Aufzug
 Wohnung (Erdgeschoss, OG _____) Treppengeländer
 im Haushalt lebende Personen: _____ Treppenlift

Erwerbstätig:

- ja (zzgl. Formular, Seite 6) nein berentet Schüler/ Student

Hilfsmittel:

- keine Rollstuhl Rollator Gehstock Fußschiene
 Armschiene Brille Hörgerät Sonstige: _____

Ist selbstständiges Fortbewegen möglich? ja nein

Gibt es Probleme bei der Verständigung? ja nein

Wird Hilfestellung bei den folgenden Tätigkeiten benötigt?

- Körperhygiene Umgang mit Kleidung Nahrungsaufnahme Medikamenteneinnahme
 Trinken Toilettengang Sonstiges: _____

Wird Hilfe von sozialen Diensten in Anspruch genommen? (Diakonie, Caritas, DRK, ...)

- keine 24h Betreuung Anmerkungen _____
 morgens mittags abends

Fahren Sie Auto? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie Alkohol? ja nein gelegentlich

Sind Sie körperlich aktiv/ treiben Sie Sport? ja nein selten

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit oder Herzinfarkt bekannt? ja nein

Hatten Sie einen Auslandsaufenthalt in den letzten 3 Monaten? ja nein

- Zutreffendes ankreuzen und bei ja, bitte im jeweiligen Kasten näher erläutern -

Therapieziele – Was wollen Sie durch die Rehabilitation erreichen?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Schmerzlinderung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verbesserung der Selbstständigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wiederherstellung der Berufsfähigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wiederherstellung der Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verbesserung der Konzentration und Merkfähigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verbesserung der Kommunikation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges:

- Zutreffendes ankreuzen und bei ja, bitte im jeweiligen Kasten näher erläutern -

Nur ausfüllen, wenn Sie erwerbstätig sind.

Arbeitstätigkeit (bei Arbeitslosigkeit bitte die letzte Tätigkeit angeben):

Erlerner Beruf: _____

Noch tätig? ja nein, aktuell tätig als _____

Art der momentanen Tätigkeit am Arbeitsplatz:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ständig stehend | <input type="checkbox"/> an laufenden Maschinen | <input type="checkbox"/> Heben & Tragen bis 7 kg |
| <input type="checkbox"/> gehend & stehend | <input type="checkbox"/> oft in gebückter Stellung | <input type="checkbox"/> Heben & Tragen zw. 7 – 20 kg |
| <input type="checkbox"/> ständig sitzend | <input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen | <input type="checkbox"/> Heben & Tragen über 20 kg |
| <input type="checkbox"/> wechselnd Stehen/Gehen/Sitz | <input type="checkbox"/> oft kniend, hockend usw. | <input type="checkbox"/> auf Gerüsten & Leitern |
| <input type="checkbox"/> Erfordernis von Schwindelfreiheit & Gleichgewichtssinn | | |

Beschreibung des Arbeitsplatzes/ der genauen Tätigkeit:

Arbeitszeit/ Arbeitsweise:

- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> unregelmäßig | <input type="checkbox"/> Zweischicht | <input type="checkbox"/> Wechselschicht | <input type="checkbox"/> Nachtschicht |
| <input type="checkbox"/> Akkord | <input type="checkbox"/> Vollzeit | <input type="checkbox"/> Teilzeit | _____ Std/ Tag | _____ Tage/ Woche |

Wie erreichen Sie ihre Arbeitsstelle?

Wie viel Zeit benötigen Sie für Ihren Weg zur Arbeit?

Äußere Einflüsse am Arbeitsplatz:

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nässe | <input type="checkbox"/> Staubentwicklung | <input type="checkbox"/> angestregtes Sehen |
| <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Rauch/ Dampfentwicklung | <input type="checkbox"/> chemische Einflüsse |
| <input type="checkbox"/> Hitze | <input type="checkbox"/> Lärm (dauernd) | <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien |
| <input type="checkbox"/> Zugluft | <input type="checkbox"/> Lärm (zeitweise) | <input type="checkbox"/> meist witterungsgeschützt |

Sonstiges

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verantwortung | <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit | <input type="checkbox"/> ständige Konzentration |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Führungsaufgaben | <input type="checkbox"/> Anlagensteuerung |
| <input type="checkbox"/> Auswärtsmontage | <input type="checkbox"/> unregelmäßiges Essen | <input type="checkbox"/> _____ |