

ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

zu Ihrer besseren Betreuung während der Behandlung hier und zur besseren Planung Ihrer Betreuung nach der Entlassung sind wir auf möglichst umfangreiche Information zu Ihrer Vorgeschichte, Ihren Lebens- und Berufsumständen angewiesen. Viele Kostenträger verpflichten uns außerdem zur Aufführung dieser Umstände in unseren Berichten. Da diese Information nicht bei den Aufnahmeuntersuchungen in der notwendigen Ausführlichkeit erhoben werden kann, sind wir auf Ihre Hilfe bzw. auf die Hilfe Ihrer Angehörigen angewiesen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Falls Ihnen Lesen oder Schreiben schwer fallen, dann lassen Sie sich z.B. von einem vertrauten Angehörigen helfen. Geben Sie den ausgefüllten Bogen unverzüglich bei der Aufnahme an das Schwesternzimmer (den Stationsarzt) zurück.

Mit den besten Wünschen für Ihre Genesung

Dimitrios Artemis, Chefarzt der Neurologischen Klinik
Waldemar Pawlucki, Chefarzt der Orthopädischen Klinik

Information zu Covid-19:

Geimpft/ Impfstoff: _____
(Impfnachweis vorlegen!)

1. Impfung: _____
(Datum)

2. Impfung: _____
(Datum)

3. Impfung: _____
(Datum)

Genesen: _____
(Datum der Erkrankung/Nachweis vorlegen!)

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an und ergänzen Sie die _____ Lücken.
Bei „“ müssen Sie etwas anmerken.

Diesen Bogen habe ich alleine ausgefüllt
 Beim Ausfüllen dieses Bogens hat geholfen _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Hausärztin/Hausarzt:	Straße: PLZ/Ort:
Neurologin/e:	Straße: PLZ/Ort:
Orthopädin/e:	Straße: PLZ/Ort:
Andere Fachärzte:	Straße: PLZ/Ort:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass der Bericht auch an die vorbehandelnde/n Klinik/en versendet wird. Sollten Sie dies nicht wünschen, bitten wir um einen entsprechenden Vermerk.

Ich bin einverstanden, dass obige Ärzte/Kliniken und der Kostenträger den vollständigen Entlassungsbericht erhalten und ggf. von diesen Befundberichte angefordert werden.

ja nein, nicht an _____

Hinweis: Der ärztliche Entlassungsbericht enthält Angaben zur Vorgeschichte des Kranken, zu jetzigen Beschwerden, Aufnahmebefund, Diagnostik, therapeutischen Maßnahmen und Verlauf, Abschlussbefund sowie zur sozialmedizinischen Beurteilung.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

1. Anamnese

1.1 Jetzige Beschwerden:

- Lähmung Gehstörung Gleichgewichtsstörung Schwindel
 Schluckstörung Sprach-/Sprechstörung Gedächtnisstörung Sehstörung
 Hörstörung Riechstörung Schmerzen Schlafstörung
 andere _____

- Die Beschwerden betreffen hauptsächlich:
 Kopf Wirbelsäule Arme re. li. beide Beine re. li. beide
 und sind abhängig von
 Tageszeit Wetter Belastung Außentemperatur
 nicht abhängig anhaltend

Hauptsächlich soll die Reha-Maßnahme wegen _____ durchgeführt werden

1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigung(en)

Angaben zur Erkrankung, die zur jetzigen Reha-Maßnahme führt:

- Erste Beschwerden bzw. Krankheitszeichen traten am (ggf. nur Monat u. Jahr) _____ auf.
 Es waren: Lähmungen (Arme/Beine-re./li.) Gleichgewichtsstörungen Sehstörungen
 Sprach-/Sprechstörungen Gedächtnisstörungen Aufmerksamkeitsstörungen
 Empfindungsstörungen Schmerzen Blasen-/Mastdarmstörungen
 andere Symptome _____
 Die Intensität der Symptome seit deren Auftreten schwankend eher abgenommen
 eher zugenommen ggf. schleichend plötzlich schubförmig
 einmalig am _____ mehrfach, zuletzt am _____
 Die Beschwerden und Symptome sind unter Belastung schlechter gleich besser

Bisherige Diagnostik und Behandlung der Erkrankung:

- Die Diagnose wurde gestellt am (ggf. nur Monat u. Jahr) _____ in
 Krankenhaus _____ Praxis (Fachrichtung) _____
 andere Einrichtung _____
 Folgende Untersuchungen wurden durchgeführt (bitte das letzte Datum eintragen):
 CT/MRT-Schädel _____ CT/MRT-Wirbelsäule _____ Nervenwasser _____ Herzecho _____
 Ultraschall der Hirngefäße _____ Ultraschall-Bauch _____ Röntgen-Lunge andere _____
 Die Untersuchungsergebnisse waren normal nicht normal: _____
 Ich habe Befunde und/oder Arztbriefe sowie Bilder mitgebracht nicht mitgebracht

Bisherige und gegenwärtige therapeutische Maßnahmen

- Die Krankheit wurde bisher nicht behandelt behandelt mit Medikamenten

Aktuelle Medikamente:

Medikamentenname (und Stärke/Dosierung)	Art der Einnahme (Tablettenzahl / Hübe / Injektionen)			
	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht

- Von den Medikamenten
 keine Nebenwirkungen Nebenwirkungen _____ Allergien _____
 Physiotherapie/Krankengymnastik ____ Mal/Woche Ergotherapie ____ Mal/Woche
 Sprachtherapie ____ Mal/Woche Bewegungstherapie ____ Mal/Woche
 Entspannungstherapie Psychotherapie physikalische Anwendungen ____ Mal/Woche
 andere _____
 keine
 durch / trotz diese(r) Behandlung (nicht zutreffendes bitte durchstreichen) hat sich mein Zustand
 gebessert stabilisiert verschlechtert

Bei anhaltenden Schmerzen:

Anhaltende Schmerzen betreffen

- Kopf Wirbelsäule Arme re. li Beine re. li
 Sie sind in ihrer Art reißend ziehend bohrend anders:
 _____ und anhaltend häufig _____ Mal/Woche _____ Mal/Tag
 Schmerzmittel helfen helfen nicht
 ergänzende Schmerzangaben: _____

1.3 Weitere reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle

- Berufskrankheit _____ Berufsunfall _____ am _____
 Tumorleiden _____ seit _____
 bisherige Behandlung _____ Letzte Kontrolle _____
 Diabetes mellitus Typ I Diabetes mellitus Typ II Insulin Tabletten
 Fettstoffwechselstörungen Bluthochdruck seit _____
 Herzinfarkt Stents/Bypass _____ Rhythmusstörung
 Bronchialasthma chronische Bronchitis Thrombose oder Lungenembolie
 andere Lungenkrankheiten (ggf. bitte ergänzen) _____
 Magen-Darm-Geschwür, innere Blutung im Jahr _____
 andere Magen-/Darmkrankheit _____
 Hirnhautentzündung Geburts-/frühkindliche Schädigung
 „Fieberkrämpfe“/Anfälle bei Fieber andere Anfälle _____
 Epileptische Anfälle mit Bewusstseinsverlust ohne Bewusstseinsverlust
 Seit _____ letzter Anfall _____ Anfallsfrequenz _____ pro Jahr
 Nieren/Blasenleiden _____
 Frauenleiden _____ letzte Periode _____ Hormoneinnahme _____
 Anzahl der Schwangerschaften: _____ Anzahl Geburten _____
 Ansteckende Krankheiten: _____
 Bluttransfusionen _____ infektiöse Gelbsucht (A-B-C)
 Dauerschädigung nach einer der o.a. Krankheiten _____
 Wegen z.B. ansteckender Krankheiten, Alkohol- oder Drogenproblemen möchte ich lieber persönlich mit einer Ärztin / einem Arzt sprechen.

Operationen, Unfälle, stationäre Behandlungen, Reha-Aufenthalte, Nachsorgemaßnahmen

(Bitte in zeitlicher Reihenfolge im „Telegramm-Stil“; Arbeitsunfälle kennzeichnen!)

Jahr	Ort	Art der Krankheit/des Eingriffs

Familiär gehäufte/erbliche Krankheiten:

- Schlaganfall Herzinfarkt Bluthochdruck Diabetes Tumorleiden
 Gemtsleiden erhöhte Blutfette/Cholesterin Anfallsleiden
 andere: (z.B. Muskelerkrankungen, erbliche Neuropathien u.a.) _____

1.4 Biographische Anamnese

- Einschneidende psychische Belastungssituationen in Kindheit und Jugend _____
 im Erwachsenenalter _____ Gemtsleiden _____ seit _____
 Psychosomatische Reha-Maßnahmen _____ Psychiatrische Behandlung / Psychotherapie
 Besondere psychische Belastungen Suchtmittel

1.5 Vegetative Anamnese:

- Gewicht aktuell: _____ kg vor 6 Monaten: _____ kg Größe _____ cm
 bewusste Gewichtsabnahme unbewusste Gewichtsabnahme um _____ kg
 Appetit gut mäßig schlecht
 Bewusste Ernährung durch _____
 Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag? 1 Liter 2 Liter 3 Liter
 Schlaf gut mäßig schlecht, ca. _____ Std. tgl.

- Gestört Einschlafen Durchschlafen Schlafmitteleinnahme Schnarchen mit Atemaussetzern
 Stuhlgang ca. ___ mal pro Woche Neigung zu Verstopfung ungewollter Stuhlabgang
 Wasserlassen ungestört nachts ___ Mal ungewollter Urinabgang
 Sexuelle Dysfunktion
 Schweißausbrüche häufig selten nachts keine
 Allergie auf Heuschnupfen Röntgenkontrastmittel
 Penicillin/andere Medikamente _____ _____ siehe meinen Allergiepass!
 keine Allergien bekannt
 Probleme, die ich persönlich mit einer Ärztin / einem Arzt besprechen möchte

2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Familiäre, partnerschaftliche Situation: Verheiratet „feste/r“ Lebenspartner/in
 alleinstehend geschieden/getrennt verwitwet ___ Personen leben im Haushalt.
 Ich habe ___ Kinder, davon leben ___ Kinder im Alter von ___ J. im Haushalt.

Wohnsituation und Art der häuslichen Versorgung:

- Eigener Haushalt ___ Stock Aufzug ___ Stufen müssen zur/in der Wohnung bewältigt werden
 Bad/Toilette mit schmalen Türen
 betreutes Wohnen/Alten-/Pflegeheim ambulante Pflege Haushaltshilfe Essen auf Rädern

Soziale Situation

Bei Erkrankung/Hilfsbedürftigkeit unterstützen mich Partner/in Kinder andere _____

Falls nachfolgende Fragen bejaht werden, bitte jeweils Kopie der Verfügung / des Ausweises mitbringen

- Es liegt eine Vorsorgevollmacht vor Es liegt eine Patientenverfügung vor
 Es wurde eine Betreuung eingerichtet, zur Betreuerin/zum Betreuer wurde bestellt:

Besondere Belastungen im sozialen Umfeld wegen Pflege der Angehörigen

- Konflikten zu Hause am Arbeitsplatz anderen Konflikten _____
 der finanziellen Situation ALG II (Hartz IV) Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung geplant

Freizeitverhalten Garten Sportliche Aktivitäten _____ an ___ Tagen in der Woche für jeweils ___ Minuten Lesen Musik Ehrenämter _____ verschiedene andere

Risikoverhalten Bewegungsmangel ungesunde Ernährung Stress

- Raucher seit ___ Jahren ca. ___ Zigaretten täglich Nichtraucher seit _____
 Alkohol keiner seit _____ an ___ Tagen in der Woche bevorzugt Bier/Wein/andere al-
 kohol. Getränke _____ tägliche Menge etwa _____ Andere Drogen _____
 mangelnde Abgrenzung zwischen beruflichem und privatem Leben gefährliche Sportarten

Sozialversicherungsrechtlicher Status

- erwerbstätig arbeitslos in Ausbildung Vorruhestand Hausfrau/-Mann
 Erwerbsminderungs- (EMR) TeilEMR seit _____ nächste Überprüfung _____ Altersrente
 Folgende Sozialleistungsanträge sind gestellt: berufliche Reha Rente wegen Erwerbsminderung
 laufende Sozialgerichtsverfahren wegen Ablehnung der Rente Versorgungsamt andere
 Grad der Behinderung (GdB) _____ seit _____ wegen _____
 Sondermerkmale: G AG B H RF andere _____
 Pflegegrad _____ seit _____ wegen _____
 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) _____ % seit _____ wegen _____

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren (bitte auch Hinweis unten beachten)

letzte Berufliche Tätigkeit _____ ausgeübt bis _____

Falls Sie Altersrente oder Rente wegen Erwerbsminderung beziehen und der Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme Ihre **Krankenkasse** ist, gehen Sie bitte direkt zu Punkt **2.3**
 Falls der Träger der Maßnahme eine **Rentenversicherung** ist, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen, bitte auch bei Arbeitslosigkeit und / oder Bezug der Rente wegen Erwerbsminderung.

Beruflicher Werdegang

- Schulabschluss Hauptschule mittlere Reife Abitur Hochschule _____
 erlernter Beruf _____ Geselle Meister angelernt
 Die erlernte Tätigkeit habe ich ausgeübt bis _____ Berufswechsel wegen _____
 Krankheitsbedingte(r) Arbeitsplatzwechsel Arbeitszeiteinschränkung _____
 Umschulung seit _____ in Ausbildung zur / zum _____

letzte Berufliche Tätigkeit _____ ausgeübt bis _____ mit ___ St./Wo
 arbeitsuchend Hausfrau / -Mann

Beschreibung des aktuellen Arbeitsplatzes (letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit)

- Es handelt sich bei der Arbeitsschwere um Schwere Tätigkeiten (Tragen von Lasten bis 40 kg)
 Mittelschwere Tätigkeiten (10-15 kg) Leichte Arbeiten (weniger als 10 kg)
 Dabei sind es mit ohne Hebe-/Hilfsvorrichtungen

<input type="checkbox"/> gelegentlich	Anzahl / Häufigkeit _____ tägl./wöchentl.	<input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten bis 7 kg <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten von 7 - 20 kg <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten über 20 kg
<input type="checkbox"/> teilweise	Anzahl / Häufigkeit _____ tägl./wöchentl.	<input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten bis 7 kg <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten von 7 - 20 kg <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten über 20 kg
<input type="checkbox"/> regelmäßig	Anzahl / Häufigkeit _____ tägl./wöchentl.	<input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten bis 7 kg <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten von 7 - 20 kg <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten über 20 kg

- bei der Arbeitshaltung: stehend ständig (mehr als 90% der Arbeitszeit)
 Überwiegend (51-90% der Arbeitszeit) zeitweise (bis zu 10% der Arbeitszeit)
 gehend ständig Überwiegend zeitweise
 sitzend ständig Überwiegend zeitweise
 bei der Arbeitsorganisation Tagesschicht Früh-/Spätschicht (Früher als 6.00 bzw. später als 18.00 Uhr) Nachtschicht (22.00-5.00 Uhr) Wechselschichten zu verrichten.

Äußere Einflüsse:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeiten bei künstlichem Licht | <input type="checkbox"/> Druckluft |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien | <input type="checkbox"/> Starker Lärm <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig |
| <input type="checkbox"/> Arbeit in offenen Rohbauten o.ä. | <input type="checkbox"/> Starke Staubentwicklung |
| <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt | <input type="checkbox"/> belastende Rauchentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Arbeit mit schwerer Schutzkleidung | <input type="checkbox"/> belastende Gase oder Dämpfe |
| <input type="checkbox"/> Arbeit auf Leitern und Gerüsten | <input type="checkbox"/> Chemische Einflüsse |
| <input type="checkbox"/> Schwindelfreiheit erforderlich | <input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeiten |
| <input type="checkbox"/> Nässe <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Zugluft | <input type="checkbox"/> Sonstige Erläuterungen: _____ |

Fahren von Fahrzeugen:

- PKW während der Arbeitszeit
 LKW ohne Ladearbeiten LKW mit leichten Ladearbeiten LKW mit schweren Ladearbeiten
 Baumaschinenfahren/-führer, ggf. welche: _____
 Sonstige Fahrzeuge, ggf. welche: _____

Sonstiges:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verantwortung für Personen | <input type="checkbox"/> Auswärts-Montage |
| <input type="checkbox"/> Führungsaufgaben | <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit / Außendienst |
| <input type="checkbox"/> Anlagensteuerung (Überwachung) | <input type="checkbox"/> angestregtes Sehen (Feinarbeit) |
| <input type="checkbox"/> ständige Konzentration erforderlich | <input type="checkbox"/> Bildschirmtätigkeit, ggf. ___ Std. täglich |
| <input type="checkbox"/> Tragen von Sicherheitsschuhen | <input type="checkbox"/> Zeitdruck |

- Ich kenne die/den Betriebsärztin/-Arzt in meinem Betrieb kenne nicht
 Im Betrieb gibt es Maßnahmen zur Gesundheitsförderung keine Maßnahmen

- Mit den Umständen an meinem Arbeitsplatz bin ich zufrieden bin ich nicht zufrieden, ggf.
 wegen schlechter Arbeitsbedingungen ständigem Stress Konflikten am Arbeitsplatz
 Sonstigem _____

- Den Arbeitsplatz erreiche ich mit öffentlichen Transportmitteln mit PKW mit Fahrrad
 zu Fuß sonstiges _____
 Der einfache Weg beträgt _____ Km dafür benötige ich ca. _____ Min.

Arbeitsunfähigkeitszeiten während der vergangenen zwölf Monate (Falls zutreffend)

Von - Bis (Datum):	Wegen:

- in den letzten 12 Monaten war ich nicht arbeitsunfähig.

Insgesamt war ich in den letzten 12 Monaten _____ Mal arbeitsunfähig

- bis unter 3 Monate AU
- 3 bis unter 6 Monate AU
- 6 Monate und mehr AU

Ich bin bei dem Antritt der Reha-Maßnahme

- seit dem _____ wegen _____ arbeitsunfähig

2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

Durch die Beschwerden, Erkrankungen und Behinderung fallen folgende Aktivitäten schwer:

- Stehen Sitzen Treppensteigen mit/ohne Geländer Gehen über _____ Meter Bücken
- Knien Arme über Kopf heben Gegenstände heben mehr als _____ Kg zu tragen Anziehen
- Toilette benutzen Neues zu lernen Gelerntes anzuwenden mich zu konzentrieren Lesen
- Schreiben Hören Probleme Lösen Entscheidungen treffen tägliche Routine planen
- Entscheidungen treffen Haushaltsführung
- mit Stress umgehen mit Krisen und psychischen Belastungen umgehen

Dadurch ergeben sich folgende Teilhabeeinschränkungen:

- Einkaufen Essen zubereiten Ausgehen Kino/Theaterbesuche Freunde/Familie besuchen
- Besuch empfangen Hobbys nachzugehen Fahrrad fahren Auto fahren Fernsehen
- Am Vereinsleben teilnehmen andere _____

Bei bestehender Behinderung:

Ich bin mit folgenden Hilfsmitteln bereits ausgestattet:

- Hörgeräte Gehstock Peroneus-Schiene Rollator Rollstuhl Duschstuh Badelifter
- Pflegebett/Elektrisch verstellbare Matratze Halterungen umgerüstetes PKW andere

Dadurch sind Einschränkungen teilweise oder komplett kompensiert.

Die erhaltene Hilfe ist ausreichend nicht ausreichend

Falls Sie Altersrente oder Rente wegen Erwerbsminderung beziehen **und** der Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme Ihre **Krankenkasse** ist, ist für Sie der Fragebogen hier zu Ende. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Falls der Träger der Maßnahme eine **Rentenversicherung** ist, füllen Sie bitte die nachfolgenden Seiten weiter, auch wenn sich einige Fragen wiederholen, bitte auch bei Arbeitslosigkeit und / oder Bezug der Rente wegen Erwerbsminderung.

Bitte füllen Sie auf jeden Fall noch den Bogen zu den **Therapiezielen** aus, die Sie hier beabsichtigen zu erreichen.

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als _____ in angegebenem zeitlichem Umfang _____ St./Wo fallen durch die Beschwerden, Erkrankungen und Behinderung folgende Arbeiten schwer:

- Bei der Arbeitsschwere: Schwere Tätigkeiten Mittelschwere Leichte
- bei der Arbeitshaltung: stehend ständig Überwiegend zeitweise
- gehend ständig Überwiegend zeitweise
- sitzend ständig Überwiegend zeitweise
- bei der Arbeitsorganisation (falls zutreffend) Tagesschicht Früh-/Spätschicht (Früher als 6.00 bzw. später als 18.00 Uhr) Nachtschicht (22.00-5.00 Uhr).
- Einschränkungen bestehen außerdem bei Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an
 - geistige/psychische Belastbarkeit Sinnesorgane (z.B. Sehvermögen, Hörvermögen, Sprechvermögen, Tast-/Riechvermögen)
 - Bewegungs- und Haltungsapparat (z.B. Gebrauchsfähigkeit der Hände rechts links beide
 - häufiges Bücken Ersteigen von Treppen, Leitern u. Gerüsten
 - Heben/Tragen/Bewegen von Lasten, ggf. von über _____ kg
 - Gang- und Standsicherheit Zwangshaltungen
 - Gefährdungs- und Belastungsfaktoren (z.B. Nässe Zugluft Temperaturschwankungen
 - allergische Stoffe, Lärm Erschütterungen/Vibrationen Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr
 - häufig wechselnde Arbeitszeiten)

Könnte eine Arbeitsplatzumbesetzung vorgenommen werden?

- Ja Nein, weil _____

Wäre eine stufenweise Wiedereingliederung möglich?

- Ja Nein, weil _____
- Es liegen keine Einschränkungen bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit vor.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Damit erleichterten Sie uns wesentlich die Anforderungen der Kostenträger zu erfüllen, diese Angaben zur Planung der Rehabilitationsmaßnahme und zur späteren Bewertung der Ergebnisse bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit zu erheben.

Raum für weitere Bemerkungen Ihrerseits: