

**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

Dr. E. Ginzburg, Chefarzt der Neurologischen Klinik  
A. Schabin, Chefarzt der Orthopädischen Klinik

**Information zu Covid-19:**

Geimpft/ Impfstoff: \_\_\_\_\_  
(Impfnachweis vorlegen!)

1. Impfung: \_\_\_\_\_  
(Datum)

2. 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: \_\_\_\_\_

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