



ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Bitte zum ärztlichen
Aufnahmegespräch mitbringen!

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Anschrift: _____

Sehr geehrter Patient,

sie kommen zu uns zur Rehabilitation. Wir möchten mit Ihnen auf Sie und Ihre Lebensumstände abgestimmte Rehabilitationsziele entwickeln. Dieser Fragebogen soll zur Vorbereitung dienen. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit! Bitte sagen Sie Bescheid, wenn Sie Hilfe brauchen.

1. Eigene Vorgeschichte

Frühere Erkrankungen einschließlich Krankenhausbehandlungen, Unfälle, Operationen

Seit wann bestehen chronische Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Wirbelsäulenerkrankungen usw.)?

Wichtige Untersuchungsbefunde (soweit bekannt), die in direktem Zusammenhang mit der jetzigen Rehabilitationsmaßnahme stehen

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung

2. Lebensumstände

Familienstand _____

Beruf _____

Leben Sie alleine? ja nein Mit wem? _____

Haben Sie engen Kontakt zu anderen Verwandten oder Bekannten?

ja nein

Gibt es eine Vorsorgevollmacht?

ja nein Für wen? _____

Gibt es eine Patientenverfügung?

ja nein Für wen? _____

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor?

ja nein Welcher Grad? _____ Seit wann? _____

Liegt bei Ihnen eine anerkannte Schwerbehinderung vor?

ja nein Wieviel Prozent? _____ Welches Merkzeichen? _____

Kommt ein Pflegedienst zu Ihnen? Wenn ja, welcher und wie oft? Oder helfen/übernehmen Angehörige die Pflege?

Haben Sie bereits Hilfsmittel?

ja nein Welche? _____

Sind Sie besonderen psychischen bzw. sozialen Belastungen ausgesetzt?

Wann haben Sie bereits Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt und welcher Art waren diese?

3. Allgemeine Vorgeschichte

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel? _____

Welche körperliche Betätigung üben Sie aus und in welchem Umfang?

Welche Allergien sind bekannt?

4. Wie wohnen Sie?

Etagenwohnung? Stockwerk _____ Aufzug ja nein

Im eigenen Haus? ja nein

Behindertengerecht erreichbar? ja nein

Müssen Sie Stufen gehen? ja nein Wie viele? _____

Bestehen in Ihrer Wohnung Hindernisse, die Sie zur Zeit nicht überwinden können oder für deren Überwindung Sie Hilfe brauchen?

ja nein Welche? _____

5. Aktuelle Medikation (Bitte ausfüllen oder aktuellen Medikationsplan in Kopie beifügen.)

6. Jetzige Beschwerden

7. Funktionseinschränkungen/Beeinträchtigungen im Alltag

8. Was erwarten Sie von der anstehenden REHA-Maßnahmen bzw. welche Ziele haben Sie sich gesetzt?

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!
Das Team der m&i-Fachklinik Bad Liebenstein**