

Anamnesebogen DRV und Kasse

Liebe Patientin, lieber Patient,

in Kürze beginnt Ihre Rehabilitation in der aktivo Gesundheitspartner GmbH. Dazu benötigen wir einige Angaben.

Wir möchten Sie deshalb bitten, diesen Fragebogen möglichst sorgfältig und leserlich auszufüllen.

Vielen Dank von Ihrem aktivo Team.

Name:

Geburtsdatum:

Rentenversicherungsnummer:

Name Ihres Hausarztes:

Straße/Postfach:

PLZ und Ort:

Name Ihrer Krankenkasse:

Ihre persönlichen Rehasziele:

- Schmerzlinderung**
- Kräftigung und Stabilisierung der **schulterübergreifenden** Muskulatur
- Kräftigung und Stabilisierung der **rücken- und nackenstabilisierenden** Muskulatur
- Verbesserung des **Gangbildes** und der Bewegungskoordination und Verlängerung der **Gehstrecke**, Kräftigung und Stabilisierung der gelenkführenden Muskulatur
- Körperliche **Regeneration** und Mobilisierung
- Erlernen **rückengerechter** Verhaltensweisen
- Erlernen eines **Eigenübungsprogramms**
- Erlernen von **Entspannungs- und Stressbewältigungstechniken**
- Zur **sportlichen Bewegung** zurückfinden, Aufbau von körperlicher Belastbarkeit und Ausdauer
- Vermittlung einer **gesunden Ernährungsweise**, Motivation zur langfristigen Gewichtsreduktion
- Verbesserung der **Krankheitsbewältigung** und des Krankheitsverständnisses
- Psychische Stabilisierung**
- Wiederaufnahme der **Arbeit**, Erhalt der Berufsfähigkeit, ggf. Klärung der beruflichen Perspektive
- Training **beruflicher** Problemfelder
- Informationen zur **Wiedereingliederung**, beruflicher Unterstützung, BEM
- Weitere Ziele:**

Wer hat die jetzige Reha eingeleitet:

1.1 Aktuelle Beschwerden

Schildern Sie uns bitte möglichst genau, welche Beschwerden Sie **zu Rehabeginn** haben (z. B. Schmerzen, Schwellungsneigung, Taubheit).

Wird im Aufnahmegespräch ausgefüllt:

Gehstrecke:

Sitzdauer:

aktuelle Schmerzintensität (VAS):

1.2 Bisheriger Krankheitsverlauf

Wann traten erste Beschwerden auf, wie war der Verlauf?

1.2.1 Welche Untersuchungen wurden dabei durchgeführt, wann? (z.B. Röntgen/MRT/CT/Ultraschall, **Befunde bitte mitbringen**)

1.2.2 Welche Behandlungen haben Sie bereits erhalten, wann?
(z.B. Medikamente, Krankengymnastik, Operation, frühere Reha, Injektionen)

1.3.1 weitere Operationen:

1.3.2 Unfälle/Arbeitsunfälle:

1.3.3 relevante Krankenhausbehandlungen (wann?):

1.3.4 frühere Rehas:

1.3.5: Vorerkrankungen

Bluthochdruck seit wann

Diabetes mellitus seit wann

Thrombose wann/wo

Herzschrittmacher wann

Stent wann

Weitere Erkrankungen:

1.5 Vegetative Funktionen

(Bitte ankreuzen)

ungestört:

Schlaf:

Trinken:

Appetit:

Wasserlassen:

Stuhlgang:

gestört durch:

Gewicht: konstant Zunahme

Abnahme um ca. kg

Allergien: nein unbekannt

ja, auf:

1.5.1 Risikofaktoren und Risikoverhalten

Nikotin: nein ja

Alkohol: nie gelegentlich häufiger

Drogen: nie gelegentlich häufiger

Stress nie gelegentlich häufiger

1.5.2 Besonderheiten der Ernährung

1.6 Gegenwärtige Therapie

1.6.1 Aktuelle Medikation

Medikament	Verteilung am Tag	bei Bedarf
1) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.6.2 Sportliche Aktivitäten

Spaziergehen

Radfahren

Schwimmen

Nordic Walking

Joggen

Vereinssport

Sonstiges:

2.1 Sozialanamnese

2.1.1 Familienstand

ledig verheiratet geschieden in Partnerschaft verwitwet

Anzahl der Kinder davon im Haushalt lebend

Eigenheim Mietwohnung Sonstiges

Treppensteigen erforderlich

2.1.2 Psychische und soziale Belastungen keine

2.1.3 Finanzielle Belastungen keine

2.1.4 Antrag/Bezug von Sozialleistungen keine

Antrag auf:

teilweise/volle Erwerbsminderungsrente seit

Berufsunfähigkeitsrente seit

Unfallrente

MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) anerkannt: %

GdB (Schwerbehinderung) anerkannt:

falls Sie bereits Altersrente/Pension beziehen direkt weiter zu Frage 2.3

2.2. Arbeitsanamnese

2.2.1 Erwerbsstatus

Vollzeit Std./Woche Teilzeit Std./Woche

Arbeitsverhältnis unbefristet Arbeitsverhältnis befristet

arbeitslos seit Arbeitslosengeld I Bürgergeld

2.2.2 Beruflicher Werdegang

Schulabschluss:

Berufsausbildung:

Weiterbildungen:

Beruflicher Werdegang:

Berufswechsel (ggf. aus beruflichen Gründen):

Umschulungen:

Aktuelle Tätigkeit:

Arbeitgeber:

2.2.3 Beschreibung des Arbeitsplatzes

Bitte beschreiben Sie uns Ihren Arbeitsplatz (**bei Arbeitslosen bitte die letzte Tätigkeit > 6 Monate angeben**), z.B.: Büro, Logistik, Verkauf etc.

Schichtsystem ja nein

Nachtdienst ja nein

Beschreibung der berufstüblichen Tätigkeiten:

Bestehen an Ihrem Arbeitsplatz besondere Belastungsfaktoren?

Arbeitshaltung	Dauer in Stunden (grobe Schätzung)
Stehen	<input type="text"/>
Gehen	<input type="text"/>
Sitzen	<input type="text"/>

Heben / Tragen	Dauer in Stunden (grobe Schätzung)
bis 10 kg	<input type="text"/>
ca. 10 - 15 kg	<input type="text"/>
über 15 kg	<input type="text"/>

Sonstige Belastungen	Dauer in Stunden (grobe Schätzung)
Überkopfarbeit	<input type="text"/>
vorgebeugte Haltung	<input type="text"/>
Drehbewegungen	<input type="text"/>

Haben Sie Termindruck? Ja, häufig manchmal selten

Meinen Arbeitsplatz erreiche ich:

mit dem Auto mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu Fuß mit dem Fahrrad

Entfernung Wohnung-Arbeitsplatz: km/Meter Wegezeit: ca. Minuten

Möchten Sie die Tätigkeit weiterführen?

ja vielleicht eher nicht nein

Grund:

2.2.4 Arbeitsfähigkeit zu Rehabeginn: arbeitsfähig arbeitsunfähig seit

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten (insgesamt):

keine unter 3 Monate 3-6 Monate über 6 Monate

2.3 Subjektive Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

2.3.1 Bei welchen Tätigkeiten im Alltag wären Sie heute besonders eingeschränkt?

Gehen Stehen Sitzen Knien, Hocken Heben, Tragen

2.3.2 Bei welchen Tätigkeiten in Ihrer **letzten Arbeitsstelle** wären Sie heute besonders eingeschränkt?

Gehen Stehen Sitzen Knien, Hocken Heben, Tragen

2.3.3 Aktivitäten

Haben Sie Probleme Ihren Alltag zu organisieren? ja nein

2.3.4 Teilhabe

Haben Sie Kontakt zu Freunden und Nachbarn? ja nein

Nehmen Sie manchmal an Veranstaltungen teil? ja nein

Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt