

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Waldburg-Zeil Kliniken

Kliniken Neutrauchburg

Argentalklinik

Fragebogen zur Krankengeschichte

Wichtig! Bitte diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt zur Aufnahmeuntersuchung mitbringen!

1.1 Wer hat die jetzige Rehabilitationsbehandlung veranlasst?

Ihr Arzt Name/Adresse/Fachrichtung: _____

Krankenkasse/Rentenversicherungsträger

1.2 Gibt es erwähnenswerte Krankheiten bei Ihren Eltern oder Geschwistern?

ja nein

wenn ja, welche? _____

1.3 Welche Erkrankungen/Beschwerden/Operationen sind der Anlass für die jetzige Rehabilitationsbehandlung?
Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

1.3.1 Gab es bei Ihnen in der Vergangenheit **wesentliche** Erkrankungen oder Operationen, die **nicht** mit der jetzigen Rehabilitationsbehandlung im Zusammenhang stehen?

ja nein

wenn ja, welche? (bitte Jahreszahl angeben!) _____

1.3.2 Welche Untersuchungen wurden im Vorfeld dieser Rehabilitationsbehandlung durchgeführt?

Wann?

Blutuntersuchung _____

Kernspintomographie _____

Röntgenuntersuchung _____

3.3 Gibt es Dinge, die Sie besonders belasten? (Konflikte berufl./priv., finanzielle Probleme, Gerichtsprozess, etc.)

nein ja

wenn ja, welche? _____

Ist bei Ihnen eine Behinderung anerkannt? nein ja

wenn ja welche Behinderung? _____

Grad der Behinderung (GdB)? _____

4.1 Wie ist Ihr momentaner Erwerbsstatus?

ich arbeite Vollzeit
 Teilzeit (wieviele Std./an welchen Tagen)

ich arbeite nicht seit wann _____ warum _____

ich bin arbeitslos seit wann _____

ich bin zeitlich begrenzt erwerbsunfähig seit wann _____ bis _____

4.2 Angaben zu Ihrem beruflichen Werdegang (bitte Jahreszahl angeben)

Schulabschluss: _____

Berufsausbildung: _____

Berufs-/Arbeitsplatzwechsel wann/warum? _____

4.3 Beschreiben Sie Ihre Arbeit – die jetzige oder zuletzt ausgeübte

Tätigkeit	über 90 %	50 – 90 %	unter 50 %
im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heben und Tragen: Lasten (kg) _____

wie oft? _____ über 90 % 50 – 90 % unter 50 %

Weg zur Arbeit Wegstrecke (einfach) _____ km

PKW öffentl. Verkehrsmittel zu Fuß

Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden ja nein

wenn nein, warum nicht? _____

ich will meine bisherige Arbeit wieder aufnehmen

ich glaube, dass ich nicht mehr arbeiten kann

ich plane eine innerbetriebliche Umsetzung

ich plane eine Umschulung

ich beabsichtige Rente zu beantragen

ich habe bereits Rente beantragt wann? _____

Was ist Ihr Reha-Ziel? _____
