

Fragebogen Medizin – Erwachsener

Aufenthalt: von _____ bis _____ Patienten ID: _____

Durch kurzfristige Absagen können wir ggf. eine vorzeitige Anreise für Sie organisieren. Können Sie eine kurzfristige vorzeitige Anreise innerhalb von 5 Tagen ermöglichen? ☐ ja ☐ nein

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vervollständigung Ihrer medizinischen Daten füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus. Die Bearbeitung beginnen wir erst wenn der Bogen **vollständig** ausgefüllt ist. **Zugang zu den Fragebögen haben bei uns in der Klinik nur die Mitarbeiter des medizinischen Teams.** Wir bitten Sie die Fragen **wahrheitsgemäß** zu beantworten. Bitte senden Sie uns den Fragebogen **in der im Anschreiben genannten Frist** per Fax oder Post zurück.

Name, Vorname Geb. Datum	Familienstand: ☐ verheiratet/eingetragene Partnerschaft ☐ in fester Partnerschaft ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ alleinerziehend ☐ verwitwet
Beruf Stunden/Woche	
Telefonnummer E-Mail Adresse	
Anzahl Kinder	Sind Sie zuzahlungspflichtig oder im Besitz einer Befreiungskarte? (bitte ankreuzen) ☐ Ich muss die gesetzliche Zuzahlung leisten ☐ Ich besitze eine Befreiungskarte
Größe Gewicht	Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja wie viele Zigaretten am Tag:..... Trinken Sie Alkohol? ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig
Sind Sie schwanger? ☐ nein ☐ ja (Bei einer vorliegenden Schwangerschaft melden Sie sich bitte telefonisch bei uns in der Klinik)	
Impfschutz Bitte bringen Sie zusätzlich Ihren Impfausweis und den Ihres Kindes/Ihrer Kinder mit zur Kur. Im Zweifelsfall fragen Sie bitte Ihren Hausarzt. Falsche oder fehlende Angaben führen zum Kurausschluss. Besteht ein kompletter Impfschutz gegen: Masern? ☐ ja ☐ nein Varizellen (Windpocken)? ☐ ja ☐ nein ☐ durchgemacht (nach 2004 geboren, bestehen wir für unsere Klinik nach dem Hausrecht auf einem vollständigen Impfschutz)	
Medikamentenallergien (z.B. Penicillinallergie): Allergien (z.B. Pollen, Hausstaubmilben, Tierhaare, Nickel etc.): Hatten Sie schon einen anaphylaktischen Schock? ☐ nein ☐ ja, wann? Wo gegen?.....	Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. Nahrungsmittelallergien: (lt. Allergieausweis, medizinisch diagnostiziert) ☐ Ei ☐ Gluten ☐ Fisch ☐ Fructose ☐ Milcheiweiß ☐ Lactose ☐ Nuss ☐ Soja ☐ Erdnuss ☐ Weizen Sonstiges: _____
Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Kind in der Gruppe betreut wird, um sich selber erholen zu können? wichtig ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ unwichtig	
Wie wichtig ist es Ihnen mit Ihrem Kind Zeit zu verbringen, um Ihre Beziehung zu stärken? wichtig ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ unwichtig	

Körperliche Funktionseinschränkungen, Beschwerden oder Erkrankungen

der Atemwege (z.B. Asthma bronchiale, Chronisch Obstruktive Bronchitis COPD, Lungenfibrose, Zystische Fibrose, Pulmonal arterielle Hypertonie)

Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

der Haut (z.B. Psoriasis, Neurodermitis, Handekzeme, blasenbildende Hautkrankheiten)

Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

des Bewegungsapparates (z.B. Bandscheibenvorfälle, Knochenbrüche, Gelenkersatz, Gehbehinderung)

Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

in Zusammenhang mit rheumatischen Geschehen (z.B. Gelenkrheuma, Polymyalgia rheumatica)

Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

des Herzkreislaufsystems (z.B. Herzklappenersatz, erhöhter Bluthochdruck, Herzmuskelentzündungen, Herzinfarkte).

Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

des Verdauungstraktes (z.B. chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa, Morbus Chron, Reizdarmsyndrom, Essstörungen).

Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

Erschöpfung und psychische Erkrankungen (Psychovegetative Erschöpfung, Depression, Angst-Panikstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Psychosen, Schizophrenie u. andere.
Wenn ja, welche Erkrankung oder Beschwerden:

Waren Sie schon einmal in einer Klinik mit psychischen Problemen? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie bereits Psychotherapie? ☐ ja ☐ nein

Bestehen Erfahrungen mit Tageskliniken oder ist diese geplant? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie schon einmal psychiatrischen Kontakt? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie schon einmal psychisch/seelisch wirksame Medikamente eingenommen? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie schon einmal Gedanken sich etwas anzutun? ☐ aktuell ☐ in der Vergangenheit ☐ nein

des Stoffwechsels (z.B. Schilddrüsenstörungen, Diabetes mellitus Typ I oder II).

Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

der gynäkologischen Organe (z.B. Endometriose).

Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

des Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose, Schlaganfälle, Epilepsie).

Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

in Zusammenhang mit bösartigen Neubildungen (z.B. Tumore, Leukämien).

Wenn, ja welche Erkrankung oder Beschwerden:

Andere nicht genannte Erkrankungen oder Beschwerden sowie Infektions- und Suchterkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis, MRSA-Infektionen):

Sind Sie im Laufe Ihres Lebens **operiert** worden:

Operation:	Datum (Jahresangaben reichen aus):

Welche **Medikamente** nehmen Sie aktuell ein (bitte genaue Angabe des Medikamentes und der Dosierung):

Name des Medikamentes:	Dosierung:

Welche **Medikamente** und aus welchem Grund haben sie überdies im Zeitraum der letzten 12 Monate eingenommen (auch Bedarfsmedikation):

Name des Medikamentes:	Dosierung:

Welcher **Arzt/Ärztin** ist über Ihren Gesundheitszustand am besten informiert?

Name des Arztes/ der Ärztin:
Anschrift:
Telefon:

Anmerkungen:

Beschwerden, Funktionsstörungen und Belastungen

Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

Funktionsstörungen und Gesundheitliche Beschwerden	nicht vorhanden	leicht / selten	mäßig / teils,	erheblich /	voll und ganz	Aktivitäten und Teilhabe Meine Krankheiten oder Beschwerden hindern mich daran...	nicht vorhanden	leicht / selten	mäßig / teils,	erheblich /	voll und ganz
Ich leide an ...											
Niedergeschlagenheit	0	1	2	3	4	mein Wissen anzuwenden und neues zu lernen	0	1	2	3	4
Kopfschmerzen	0	1	2	3	4	mit Stress und schwierigen Situationen umzugehen	0	1	2	3	4
Schwindel	0	1	2	3	4	Mit anderen problemlos zu kommunizieren	0	1	2	3	4
Hörstörungen	0	1	2	3	4	ohne Einschränkung zu stehen, gehen oder zu laufen	0	1	2	3	4
Lustlosigkeit	0	1	2	3	4	auf die Gesundheit zu achten	0	1	2	3	4
ständiger Müdigkeit	0	1	2	3	4	meinen Haushalt zu führen	0	1	2	3	4
Stimmungsschwankungen	0	1	2	3	4	soziale Kontakte zu pflegen	0	1	2	3	4
Gereiztheit/ Aggressivität	0	1	2	3	4	für die Erziehung meiner Kindern zu sorgen	0	1	2	3	4
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	meinen erlernten Beruf auszuüben	0	1	2	3	4
Konzentrationsstörungen	0	1	2	3	4	Familienleben zu gestalten	0	1	2	3	4
Rückenbeschwerden	0	1	2	3	4	Freizeit zu genießen	0	1	2	3	4
Essstörungen	0	1	2	3	4						
Ängsten	0	1	2	3	4						
Atemproblemen	0	1	2	3	4						
Juckreiz/ Hautproblemen	0	1	2	3	4						
Verdauungsproblemen	0	1	2	3	4						
Weitere: _____											

Wie viele Krankheitstage hatten sie etwa im letzten Jahr:

Belastungen des täglichen Lebens

Skala s.o.

- Belastung durch Haushalt 0 1 – 2 – 3 – 4
- Belastung durch Wohnsituation 0 1 – 2 – 3 – 4
 - ☐ beengt ☐ Mehrgenerationenhaus
- Belastung durch die berufliche Situation 0 1 – 2 – 3 – 4
 - ☐ Arbeitslosigkeit ☐ berufliche Überforderung
 - ☐ Ausbildung / Studium ☐ Mobbing
- Belastung durch das Kind / die Kinder 0 1 – 2 – 3 – 4
 - ☐ Erziehung ☐ Schulprobleme ☐ chronische Erkrankung
 - z.B. Asthma, Neurodermitis, Allergien, AD(H)S ☐ sonstiges:

- Belastung durch Partnerschaft 0 1 – 2 – 3 – 4
 - ☐ Nebeneinanderher ☐ Konflikte ☐ Gewalt
 - ☐ Sucht ☐ chronische Erkrankung des Partners
- Belastende Beziehungen zu anderen Menschen 0 1 – 2 – 3 – 4
 - ☐ Konflikte mit Eltern ☐ Tod nahe stehender Personen
 - ☐ pflegebedürftige Angehörige
- Andere: _____ 0 1 – 2 – 3 – 4

Welche Ziele haben Sie für Ihre Kur

Welches sind die Diagnosen oder Beschwerden, die im **Schwerpunkt** behandelt werden sollen?
Bitte setzen Sie in dem gesamten Feld **nur ein** Kreuz für die 1. und 2. Wahl. Nur wenn diese Felder eindeutig ausgefüllt wurden, wird der Antrag bearbeitet.

Bitte beurteilen Sie in der Spalte „**Schweregrad**“ das Ausmaß Ihrer Beeinträchtigung von 1= unbeeinträchtigt bis 10= stärkste Beeinträchtigung für die angekreuzten Diagnosen.

Diagnose	1.Wahl	2.Wahl	Schweregrad (0-10)
Erschöpfungssyndrom			
Depression /Ängste			
Übergewicht			
Atemwegserkrankung			
Hauterkrankung			
Erkrankung der Wirbelsäule oder Gelenke			
Chronisches Schmerzsyndrom			
Kopfschmerzen oder Migräne			

Überlegen Sie nun, was Sie mit der Kur für sich erreichen wollen.

Kreuzen Sie 3 BIS MAX. 5 REHA-Ziele an, die Ihnen persönlich am wichtigsten sind:

- | | |
|---|---|
| ☐ weniger Schmerzen haben | ☐ körperliche Fitness steigern |
| ☐ Alltag rückengerecht gestalten | ☐ besserer Umgang mit Stress |
| ☐ besserer Umgang mit seelischer Belastung | ☐ Partnerschaft verbessern |
| ☐ Zeit mit Kind / Kindern | ☐ bessere Beziehung zum Kind / Kindern |
| ☐ Erziehungskompetenz steigern | ☐ besserer Umgang mit Ängsten |
| ☐ Entspannung fördern | ☐ mehr Zeit für mich haben |
| ☐ Gewicht reduzieren | ☐ gesündere Ernährung lernen |
| ☐ Verbesserung der Haut (bei Hauterkrankungen) | ☐ Atembeschwerden lindern |
| ☐ mit der Erkrankung besser zurechtkommen
(meiner / des Kindes) | ☐ weniger Krankheitstage |
| ☐ Sonstiges: | |

Benötigen Sie Hilfe/Unterstützung beim Verständnis der deutschen Sprache?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

Datum:

Unterschrift: