

Name; Vorname:
Geburtsdatum:

**Bitte vorab
zurücksenden!**

1. Anamnese

Zugang zur Rehabilitation:

Das psychosomatische Heilverfahren wurde angeregt durch

- Eigene Initiative
- Vorbehandelnde Klinik
- Krankenkasse
- Berufsgenossenschaft
- Andere: _____
- Hausarzt / Facharzt
- Rentenversicherung
- Agentur für Arbeit
- Widerspruchsverfahren

1.1 Jetzige psychische Beschwerden:

Art der Beschwerde	Seit wann?	In welchen Situationen?

1.2. Bitte beschreiben Sie den Beginn, Verlauf und bisherige Behandlungen Ihrer psychischen Beschwerden

Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?

Welche Diagnostik/Behandlungen wurden durchgeführt?

Was hilft Ihnen, mit Ihren Beschwerden besser fertig zu werden (z.B. Hobbies, Sport, Freunde, Medikamente)?

1.3. Jetzige körperlichen Beschwerden:

Art der Beschwerden und Lokalisation	Seit wann?	Häufigkeit	Intensität auf Skala von 0 - 10	In welchen Situationen (z.B. belastungsabhängig)?

Welche körperlichen Erkrankungen liegen bei Ihnen vor (Diabetes mellitus, Bluthochdruck etc.)?

Welche Operationen und/oder Unfälle hatten Sie bisher?

Welche Behandlungen wurden durchgeführt (z.B. Krankenhaus/Reha Maßnahme, ambulante Therapien/ambulante Psychotherapien), mit welchem Ergebnis und wer waren jeweils die behandelnden Ärzte?

Medikation bei Aufnahme:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit **regelmäßig** ein?

	Name	Einzel-dosis	Wie oft am Tag	Seit wann?
1.			<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> zur Nacht	
2.			<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> zur Nacht	
3.			<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> zur Nacht	
4.			<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> zur Nacht	
5.			<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> zur Nacht	

Welche Medikamente nehmen Sie nur im **Bedarfsfall** ein?

Welche Allergien haben Sie?

1.4 Krankheitsrelevante biographische Anamnese:

Welche Belastungen gab es bei Ihnen im Kindes- und Jugendalter?

Nennen Sie bitte Eigenschaften und Verhaltensweisen, die Sie für Ihre Eltern und ggfs. Geschwister als bezeichnend erinnern:

Was waren Wendepunkte oder kritische Ereignisse in Ihrem Leben?

Haben Sie eine Erklärung für Ihre Erkrankungen/Krankheitsverständnis?

1.5. Vegetative Anamnese:

Leiden Sie an Einschlafstörungen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Früherwachen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Alpträumen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Wie ist Ihr **Stuhlgang**?

normal verstopft durchfällig

Haben Sie Probleme beim **Wasserlassen**?

nein ja – wenn ja, welche Art?

Müssen Sie nachts regelmäßig **Wasserlassen**?

nein ja – wie oft? _____ mal

Wie ist Ihr **Appetit**?

normal schlecht stark

Gab es bisher bei Ihnen **Gewichtsveränderungen**? Bitte beschreiben Sie diese kurz:

Gab es bisher bei Ihnen Veränderungen der **Libido**? Bitte beschreiben Sie diese kurz:

Wie viele Zigaretten, Zigarren, Pfeifen **rauchen Sie?**
 keine bis 5 pro Tag bis 10 pro Tag
 unter 20 pro Tag mehr als 20 pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie?

täglich gelegentlich kein Alkohol
 Welches Getränk? Wie viel? Wie oft?

Konsumieren Sie weitere Drogen?

nein ja – wenn ja, welche?

Erleben Sie bei sich **defizitäres** oder **exzessives Verhalten** (z. B. extremer Sport, Bewegungsmangel)?

nein ja – wenn ja, Erklärung in Stichworten:

Hatten sie in der Vergangenheit

Lebensüberdrussgedanken Selbstmordgedanken
 Selbstmordversuche geplant oder durchgeführt?

Wenn ja, wann?

Hatten sie kürzlich oder haben sie aktuell

Lebensüberdrussgedanken Selbstmordgedanken
 Selbstmordversuche geplant oder durchgeführt?

Wenn ja, wann?

2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1. Sozialanamnese

Familiäre/ Partnerschaftliche Situation:

Partnerschaft verheiratet geschieden verwitwet Single

Wie lange sind Sie in der genannten familiären, partnerschaftlichen Situation?

Kinder (Anzahl, Alter, Geschlecht):

davon noch im Haushalt lebend:

Sind sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?

ja nein – wenn nein, warum nicht?

Welche **Belastungen bestehen ggf. in Ihrem sozialen Umfeld**, z.B. Probleme in der Partnerschaft oder mit Kindern, Pflege von Angehörigen, chronische Konflikte, finanzielle Probleme etc.?

Liegt problematisches Verhalten vor:

z.B. Freizeitstress, Bewegungsmangel, einseitige Ernährung?

Wie kommen Sie zur Reha?

Aktuell: arbeitsfähig arbeitsunfähig seit _____

Aussteuerung durch die Krankenkasse? nein ja, seit _____

Besteht ein Grad der Behinderung? nein ja, Grad _____

Wurde ein Grad der Behinderung **beantragt?** nein ja

Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt?

nein ja, Rentenanspruch am _____ gestellt.

Ich habe vor, einen Rentenanspruch zu stellen

Mein Rentenanspruch wurde abgelehnt, Widerspruch eingelegt: nein ja

Mein Rentenanspruch wird noch bearbeitet

Sozialgerichtsverfahren

Frühere Zeitrente von _____ bis _____

2.2. Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

Schulausbildung

Welchen Schulabschluss haben Sie absolviert und wann?

Beruflicher Werdegang

Welche Berufsausbildung haben Sie absolviert und in welchen Berufen waren Sie tätig?

Zeitraum (von - bis)	Tätigkeit

Umschulung

nein ja, am: _____ Träger war: _____

Wenn ja, aus welchem Grund?

Krankheitsbedingter Arbeitsplatzwechsel? nein ja

Sozialversicherungsrechtlicher Status

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

angestellt selbständig freischaffend

Erwerbsstatus:

berufstätig arbeitslos in Ausbildung Hausfrau/-mann
 Vorruhestand Altersrente Erwerbsminderungsrente

genannter Erwerbsstatus seit: _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?

nein bis 3 Monate 3 – 6 Monate mehr als 6 Monate

Aufgrund welcher Diagnose?

Bitte genaue Beschreibung der aktuellen oder letzten Tätigkeit am Arbeitsplatz:

Arbeitszeit

- regelmäßig unregelmäßig Vollzeit Teilzeit

Wie viele Stunden täglich an wie vielen Tagen pro Woche?

täglich _____ Std. an _____ Tagen/Woche

wöchentliche Arbeitszeit: _____ Std.

Arbeitsweise

- Tagschicht Spätschicht Nachtschicht Wechselschicht

Art der Tätigkeit am Arbeitsplatz

- stehend gehend sitzend
 Haltungswechsel möglich
 an Maschinen stehend an Maschinen sitzend
 Heben und Tragen von Lasten bis 5 kg
 Heben und Tragen von Lasten 5-10 kg
 Heben und Tragen von Lasten mehr als 10 kg
 oft in gebückter Stellung
 oft mit erhobenen Armen
 oft kniend, hockend
 auf Gerüsten und Leitern
 Erfordernis v. Schwindelfreiheit

Äußere Einflüsse

- Arbeit im Freien meist witterungsgeschützt
 Arbeit bei künstlichem Licht Zugluft
 Hitze Kälte
 starke Staubentwicklung belästigende Dämpfe
 starker Lärm zeitweilig starker Lärm dauernd

Sonstiges

- gehobene Verantwortung Führungsaufgaben
 Ständige Konzentration Anlagensteuerung
 Auswärts-Montage EDV-Tätigkeit
 unregelmäßiges Essen Diät nicht möglich
 Reisetätigkeit Akkord

Müssen Sie oft Überstunden leisten?

- ja nein

Sind Sie mit ihrem Arbeitsplatz zufrieden?

- ja nein

Falls nein, warum?

Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes:

- PKW Fahrrad ÖPNV Fußgänger

Entfernung _____ km

2.3. Subjektive Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

Welche **Einschränkungen** bestehen aufgrund Ihrer Beschwerden für Sie **im Alltag** (z.B. Freizeit oder zwischenmenschliches Leben, tägliche Routinen planen, Kommunikation, Mobilität etc.)?

Welche **Beeinträchtigungen** bestehen für Sie aufgrund ihrer Beschwerden **in der Ausübung Ihrer Berufstätigkeit**. Gibt es z.B. besondere Einschränkungen, Probleme Entscheidungen zu treffen, Verantwortung zu tragen, Durchhaltevermögen, Stresstoleranz / chronische Konflikte?

Was hilft Ihnen hier die **Balance** zu halten (Stärken, Kraftquellen)?