Name: ……..

Vorname: ……

Geburts-Datum: …….

Aufnahmetag

……

MEDICLIN
DÜNENWALD KLINIK

Fachklinik für Psychosomatik
Fachklinik für Orthopädie

Anamnesebogen

Liebe Versicherte, lieber Versicherter,

Sie werden demnächst Rehabilitandin/Rehabilitand in unserer Klinik sein.

In den ersten Tagen Ihres Aufenthaltes werden Ihre Therapeuten/-innen viele Informationen erbitten, um gemeinsam mit Ihnen einen Überblick über Ihre Beschwerden und Probleme zu bekommen und einen an Ihre Bedürfnisse angepassten Therapieplan zu erstellen.

Wir möchten Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Der Fragebogen wird Gegenstand im ärztlichen/ psychotherapeutischen Aufnahmegespräch sein. Bringen Sie den Anamnesebogen zur geplanten Aufnahme mit. Bitte senden Sie diesen in keinem Fall vorab per Post an unsere Klinik.

Wenn Sie wollen, machen Sie nach dem Ausfüllen des Fragebogens noch eine Kopie desselben für sich selbst. Es kann aufschlussreich sein, einige Zeit nach Ihrer Behandlung zu betrachten, wie sich Erfahrungen und Betrachtungsweisen verändern können. Wir wissen, es sind viele Fragen und die Beschäftigung mit den angesprochenen Themen kann auch manchmal schwierig oder belastend sein. Versuchen Sie das Erfragte einfach kurz mit Ihren Worten zu beantworten.

Um einen reibungslosen Übergang Ihrer Medikamentenversorgung sicherzustellen und für einen zügigen Ablauf der Erhebung der Anamnese (Anamnese ist eine systematische Befragung, die den Gesundheitszustand eines Individuums zum Thema hat) bringen Sie bitte Folgendes mit:

- **alle ärztlich verordneten Medikamente**, die Sie derzeit einnehmen und zwar für die gesamte Dauer der Rehamaßnahme. Wir können erst hier vor Ort entscheiden, welche Medikamente wir Ihnen nach den gültigen und verbindlichen Bestimmungen zur Verfügung stellen müssen.
- Facharzt- und Krankenhausberichte, Berichte von vorherigen Rehabilitationsmaßnahmen, Impfausweis
- aktuelle medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Vorbefunde

Falls Sie persönliche oder für Sie speziell angefertigte Hilfsmittel (spezielle Kopfkissen, Schlafmaske, Orthesen, Prothesen) besitzen, bringen Sie diese bitte auch mit.

Der Anamnesebogen wird Bestandteil Ihrer Krankenakte, alle Angaben unterliegen somit der strengen ärztlichen Schweigepflicht, der alle Behandler und Mitarbeiter unserer Klinik unterliegen!

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen erfolgreiche und Ihrer Gesundheit förderliche Tage in unserer Klinik.

Ihr Team der Fachklinik für Psychosomatik

Bei Unklarheiten, Unsicherheiten und Fragen zum Fragebogen nehmen Sie bitte vorab Kontakt mit uns auf:

Fachklinik Psychosomatik:
Tel. 038371-70-390
Fax. 038371-70-197
E-Mail: psychosomatik.dwu@mediclin.de
Aufnahmetag:_____

Name, Vorname: _____

geb.: _____ in: _____

Anschrift: _____

_____

Telefon (tagsüber): _____ ☐ dienstlich ☐ privat

Telefon (abends): _____ ☐ dienstlich ☐ privat

E-Mail (privat): _____

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

KV- Nr.: _____

Ansprechpartner: _____

Aktuelle ärztliche Versorgung:

Hausarzt:

_____ _____

Name Straße/Hausnummer PLZ/Ort

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie / Fachärzte für Neurologie:

_____ _____/_____

Name Straße/Hausnummer PLZ/Ort Gebiet

ambulante psychologische Psychotherapeuten:

_____ _____/_____

Name Straße/Hausnummer PLZ/Ort Gebiet

_____ _____/_____

Name Straße/Hausnummer PLZ/Ort Gebiet

TEIL I: Allgemeine und klinisch-psychiatrische Anamnese (Krankengeschichte)

1.0 Wer hat die Behandlung bei uns angeregt und den Reha-Antrag gestellt?

☐ ich selbst ☐ Hausarzt ☐ Psychotherapeut/Psychologe
☐ Psychiater/Nervenarzt ☐ vorbehandelnde Klinik ☐ Rentenversicherung
☐ Krankenkasse ☐ Berufsgenossenschaft ☐ Agentur für Arbeit
☐ die Bewilligung erfolgte erst nach Widerspruch

Die Anreise erfolgt mit:
☐ PKW ☐ selber gefahren ☐ gefahren worden
☐ der Bahn ☐ in Begleitung ☐ durch:_____
☐ Fahrdienst / Taxi
Entfernung Wohnort bis zur Dünenwald Klinik …….km

1.1 Jetzige Beschwerden, psychisch
Welche psychischen Beschwerden und Symptome liegen bei Ihnen vor [Intensität, wie lange halten sie an, in welchen Situationen?]

1.2 Bitte beschreiben Sie den Beginn und Verlauf Ihrer aktuellen psychischen Beschwerden.
Gab es Belastungen /Ereignisse, die zu den aktuellen Beschwerden geführt haben können?

Gab es in Ihrer Biografie schon einmal ähnliche psychische Beschwerden? ☐ nein ☐ ja
- wenn ja, welche und wann:

Ergänzungen Bezugstherapeut

<u>Laufende</u> Behandlungen bezogen auf die (psychische) Haupterkrankung

☐ ambulante fachärztlich psychiatrische Behandlung (Psychiater)

Seit...../.....mal pro ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr
hilfreich? ☐ ja ☐ nein, ggf. warum nicht?
Wie viele Stunden / Sitzungen bisher insgesamt? …….

☐ ambulante Behandlung bei psychologischem Psychotherapeuten

Einzeltherapie

Seit...../.....mal pro ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr
hilfreich? ☐ ja ☐ nein, ggf. warum nicht?
Wie viele Stunden / Sitzungen bisher insgesamt? …….

Fachrichtung der Psychotherapie: ☐ ist mir nicht bekannt
☐ tiefenpsychologisch ☐ verhaltenstherapeutisch ☐ systemisch

☐ Ambulante <u>psychotherapeutische</u> Behandlung (Psychotherapeut)

Gruppentherapie

Seit...../.....mal pro ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr
hilfreich? ☐ ja ☐ nein, ggf. warum nicht?
Wieviele Stunden / Sitzungen bisher insgesamt?

☐ Tagesklinische-psychiatrische-psychosomatische Behandlung
wo, wann, wie lange:

☐ Vollstationäre-psychiatrische-psychosomatische Behandlung
wo, wann, wie lange:

☐ Andere Arten therapeutischer Behandlung
(z. B. alternative Medizin, Heilpraktiker für Psychotherapie)
Art der Behandlung …….

Seit...../.....mal pro ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr
hilfreich? ☐ ja ☐ nein, ggf warum nicht?

1.4 Biographische Anamnese

Mutter: geb._____ gest._____ Beruf: .....
stammt aus ☐ Deutschland / aus: .....
Vater: geb._____ gest._____ Beruf: .....
stammt aus ☐ Deutschland / aus: .....

Geschwister (z.B.: „2 Schwestern +2, +4 Jahre; 1 Bruder -2 Jahre“):

.....

Familienanamnese **(**gibt es <u>psychiatrische</u> Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister, Kinder), z. B. Depression, Angststörung, Schizophrenie, Suizidversuch, Suizide)

……..

Ergänzungen Bezugstherapeut

Ergänzungen Bezugstherapeut

……..

Meine Kindheit verbrachte ich überwiegend in:

☐ ländlicher ☐ klein- ☐ groß-städtischer Umgebung
☐ häufige Umzüge in der Kindheit
☐ aufgewachsen in einem anderem Land: ..... bis zum..... Lj

Beschreiben Sie bitte Ihre Kindheit mit wenigen Worten möglichst charakteristisch (zum Beispiel: „Ich hatte eine behütete und unbesorgte Kindheit, an die ich gerne zurückdenke“):

……...

……...

Nennen Sie bitte ca. 3 Eigenschaften, die Sie für Ihre Eltern als bezeichnend erinnern:

Mutter: ……..
……..
……..

Vater: ……..
……...
……..

Wie erlebten Sie als Kind die Beziehung Ihrer Eltern zueinander?

Gab es andere wichtige Bezugspersonen in ihrer Kindheit?

Wie haben Sie als Kind die Atmosphäre innerhalb der Familie erlebt?

Wie waren Sie in die Gruppe der Gleichaltrigen eingebunden?

Gewalterfahrung in der Kindheit?	☐ nein	☐ ja
Missbrauchserfahrung in der Kindheit?	☐ nein	☐ ja
Haben Sie sexuelle Übergriffe erfahren?	☐ nein	☐ ja
Kriegserfahrungen?	☐ nein	☐ ja
andere schwer belastende Erfahrungen?	☐ nein	☐ ja

<u>Selbstbild</u>: Nennen Sie 3 typische Eigenschaften von sich heute:
1.

2.

3.

Was waren, bezogen auf ihre psychische Haupterkrankung, besonders <u>kritische</u> Situationen?

Ergänzungen Bezugstherapeut

Welche wichtigen Wendepunkte oder Ereignisse gab es in Ihrem bisherigen Leben? (von Kindheit bis jetzt)

1 …….. 2 …….

3 ..…….. 4 …….

Krankheitsverständnis:
Was glauben Sie in Bezug auf die Ursachen Ihrer heutigen Beschwerden? Bestehen und gründen sich diese

☐ ursächlich auf die Körperebene – somatisch
☐ ursächlich auf seelisch – psychischer Ebene
☐ sowohl körperlich, als auch psychisch – psychosomatisch

Wie ausgeprägt ist Ihr **Krankheitsgefühl** auf **psychischem Gebiet** in der Gesamtbetrachtung (unter Krankheitsgefühl versteht man das subjektive Empfinden eines Menschen, krank zu sein)?

☐ keines ☐ leichtes ☐ mittelschweres
☐ schweres ☐ sehr schweres

Hatten sie schon einmal Lebensüberdrussgedanken?
☐ nein
☐ ja, wenn ja, wann zuletzt:

Hatten sie schon einmal Suizidgedanken?
☐ nein
☐ ja, wenn ja, wann zuletzt:

Gab es bei Ihnen Suizidversuche in der Vergangenheit?
☐ nein
☐ ja, wenn ja, wann:

Wie ausgeprägt ist Ihr **Krankheitsgefühl** auf **körperlichem** Gebiet in der Gesamtbetrachtung (unter Krankheitsgefühl versteht man das subjektive Empfinden eines Menschen, krank zu sein)?

☐ keines ☐ leichtes ☐ mittelschweres
☐ schweres ☐ sehr schweres

2.1 Allgemeine Sozialanamnese

Kontextfaktoren:
Familienstand:
☐ verheiratet ☐ feste Partnerschaft
seit: ……..
berufliche Tätigkeit des Partners: ……...……..

☐ ledig ☐ ohne Partnerschaft ☐ alleinerziehend
☐ geschieden ☐ getrennt lebend ☐ alleinlebend
☐ verwitwet
seit: ……..

Ergänzungen Bezugstherapeut

leibliche Kinder oder Stiefkinder (Anzahl, Geschlecht, Alter):

……

davon noch im Haushalt lebend.....
wirtschaftlich von Ihnen abhängig .....

eigene Wohnsituation:
☐ Mietwohnung ☐ Eigentumswohnung ☐ andere:
☐ Eigenheim ☐ bei den Eltern
☐ zufrieden ☐ unzufrieden mit der Wohnsituation

Welche Belastungen bestehen ggf. in Ihrem sozialen Umfeld:
(z. B. Probleme/Konflikte in der Partnerschaft / mit den Kindern / Pflege von Angehörigen/ Nachbarschaft?) ☐ keine ☐ andere:

.....

.....

Wer / Was gibt Ihnen heute Halt und ist für Sie wichtig?

……

……

Gibt es Faktoren /Hobbys, die Ihnen helfen besser zurechtzukommen? (z. B. unterstützende Menschen, Hilfsmittel, Freizeitaktivitäten) ☐ nein ☐ ja

wenn ja, welche:

Verhaltensrisiken Erleben Sie bei sich defizitäres oder exzessives Verhalten? ☐ nein ☐ ja

wenn ja, welches: ……

☐ Bewegungsmangel ☐ extremer Sport ☐ Risikosport
☐ ungesunde Ernährung ☐ unregelmäßiges Essen
☐ ich achte nicht auf genug Schlaf
☐ ich kann Privates und Beruf schlecht trennen
☐ ich achte nicht auf meine Grenzen

Beschreibung von **anderen** Risiken:

.....

Einschränkungen im Alltag aus seelisch-psychischer Sicht
Falls Ihre psychischen Probleme Sie in Ihrem Alltag einschränken:

wobei:

wie stark:
keine Einschränkungen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **max.**
(bitte Zahl auf der Skala einkreisen)

Ergänzungen Bezugstherapeut

Aktueller Sozialstatus:

Deckung des Lebensunterhalts durch:
☐ eigenes Gehalt
☐ Krankengeld /Übergangsgeld ☐ Arbeitslosengeld seit …….....
☐ Grundsicherung seit …….. ☐ Rentenbezug seit ……
☐ andere:

Aussteuerung durch Krankenkasse ☐ nein ☐ ja, seit …….

Finanzielle Situation: ☐ geordnet ☐ belastet

Falls belastete Situation, bitte kurz beschreiben:

……

Erwerbsstatus:
☐ berufstätig ☐ arbeitslos ☐ in Ausbildung
☐ Hausfrau /-mann ☐ Vorruhestand ☐ Altersrente
☐ Erwerbsminderungsrente seit ……..

genannter Erwerbsstatus seit …….. ggf. befristet bis.....

Besteht ein Grad der Behinderung? ☐ nein ☐ ja

MdE/GdB von …….. seit ..... Diagnose: ……

oder wurde beantragt? ☐ nein
☐ ja, wegen …….……

Besteht ein berufsgenossenschaftlich anerkannter Arbeitsunfall?

☐ nein

☐ ja, Unfall / Schädigung vom (Datum):…….. Diagnose: ……

Besitzen Sie einen Führerschein? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt?

☐ nein

☐ ja, gestellt am .....

☐ mein Antrag wurde abgelehnt am ……..

☐ ist noch in Bearbeitung

☐ ich habe Widerspruch dagegen eingelegt

☐ ich bin in laufenden Sozialstreitigkeiten

☐ ich plane bei bestehenden Erkrankungen und Einschränkungen einen Rentenantrag zu stellen

☐ frühere Zeitrente von ..... bis..... Diagnose:.....

Ergänzungen Bezugstherapeut

☐ BG-Rente seit ..... bis..... Diagnose:.....

☐ Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung

seit ……. bis …… Diagnose:.....

Arbeits- und Berufsanamnese mit Kontextfaktoren

Beruflicher Werdegang:
Schulabschluss: ☐ keiner ☐ Hauptschule
☐ Realschule ☐ Abitur
☐ anderer
Wann abgeschlossen:

Welche Berufsausbildung haben Sie absolviert und in welchen Berufen waren Sie tätig?
(Bitte lückenlose Auflistung, ggf. zusätzliches Blatt anfügen.)

Zeitraum (von – bis)	**Tätigkeit / Ausbildung / Studium**

Umschulung oder Berufswechsel? ☐ nein ☐ ja
Falls ja:

Warum und welche Maßnahmen wurden durchgeführt?

……

Wann? …….

Durch wen finanziert? …….

Krankheitsbedingte Arbeitszeiteinschränkung? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, bitte ausführen:

.....

Von..... Std/Woche auf…….Std/Woche

Jetzige Tätigkeit (aktuelle / falls derzeit ohne Beschäftigung bitte letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit beurteilen):

Fühl(t)en Sie sich am Arbeitsplatz wohl? ☐ ja ☐ nein

Gibt/gab es Konflikte am Arbeitsplatz? ☐ ja ☐ nein

Ggf.: welche:

…….…

Arbeitsunfähigkeitszeiten

Aktuell: ☐ arbeitsfähig ☐ arbeitsunfähig seit ……..…..

Wegen folgender Hauptdiagnose: .....

und ggf. wegen folgender Nebendiagnosen (die zusätzlich zur Hauptdiagnose vorliegen):

…….

…….

…….

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten:

☐ < 1 Monat ☐ 1-3 Monate ☐ 3-6 Monate ☐ > 6 Monate

Wenn Sie länger als 1 Monat arbeitsunfähig waren:

von wann bis wann + wegen welcher Erkrankungen:

von……bis…..……Diagnose: ……...

von……bis…..…… Diagnose: ……..

von……bis…..……Diagnose: ……...

von……bis…..…… Diagnose: …….

Die Wiederaufnahme der letzten beruflichen Tätigkeit nach Ende der Rehabilitation **halte ich** für:

☐ sicher ☐ wahrscheinlich ☐ unsicher ☐ ausgeschlossen

Ggf. Bemerkungen dazu:

……

……

……

Ergänzungen Bezugstherapeut

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilnahme:

Wie stark sind Sie bei anschließenden Handlungen **durch Ihre Beschwerden** beeinträchtigt/eingeschränkt:

0	1	2	3	4
kein Problem	**leichtes Problem**	**mäßiges Problem**	**erhebliches Problem**	**volles Problem**

Aktivitäten

Lesen / Schreiben ..... ⓪①②③④

Lösen von Problemen ..... ⓪①②③④

Treffen von Entscheidungen ..... ⓪①②③④

Übernehmen von Aufgaben ..... ⓪①②③④

Planung und Strukturierung von Aufgaben/Tagesablauf ..... ⓪①②③④

zielgerichtetes Arbeiten ..... ⓪①②③④

Stresstoleranz ..... ⓪①②③④

Umgang mit Krisensituationen ..... ⓪①②③④

Selbstbehauptungsfähigkeit/Durchsetzungsfähigkeit ..... ⓪①②③④

Abrufen/Aneignen fachlicher Kompetenzen ..... ⓪①②③④

Teilhabe

Anpassung an Regeln und Routinen ..... ⓪①②③④

Flexibilität und Umstellungsfähigkeit ..... ⓪①②③④

Durchhaltefähigkeit ..... ⓪①②③④

Aufnahme und Pflege von Kontakten im Freundeskreis ..... ⓪①②③④

Fähigkeit zur Übernahme von häuslichen, außerberuflichen Pflichten ..... ⓪①②③④

Fähigkeit zur Beteiligung an Freizeit- und Erholungsaktivitäten ..... ⓪①②③④

Fähigkeit, mich bei Freizeitaktivitäten zu erholen /zu regenerieren ..... ⓪①②③④

Fähigkeit zur Selbstversorgung (Körperpflege, gesundheitliche Belange) ..... ⓪①②③④

Wegefähigkeit (erforderliche Orte erreichen, Benutzung von Verkehrsmitteln) ..... ⓪①②③④

psychische Einschränkungen im Beruf

Was können Sie wegen Ihrer psychischen Probleme in Ihrem Beruf nicht mehr machen oder was fällt Ihnen sehr schwer und seit wann ist dies der Fall (hier sind keine körperlichen Einschränkungen gemeint)?

……

……

……

……

Da wir bestrebt sind, auch unsere „Befragungsmittel“ zu verbessern:

Waren die Fragen verständlich genug? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein, was und warum unverständlich:

……

……

Könnten und würden Sie den Anamnesebogen über das Internet ausfüllen, unter der Voraussetzung einer gesicherten und verschlüsselten Datenübertragung? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Anregungen zur Verbesserung unserer Fragebögen?

.....

.....

.....

Welches Auswahlkriterium hat Sie zur Dünenwald Klinik geführt?
(Bitte nur ein Auswahlkriterium kreuzen.)

☐ Ostsee ☐ Therapieangebot auf Homepage
☐ Ausstattung und Beschreibung der Klinik auf Homepage
☐ Empfehlung durch …….
☐ andere Gründe…..……

Welche Diagnosen auf psychisch-psychiatrisch-psychosomatischem Gebiet geben Sie sich selber?

Hauptdiagnose
☐ Erschöpfung ☐ Depression ☐ Panikstörung
☐ generalisierte Ängste ☐ Zwangserkrankung ☐ Psychose
☐ Persönlichkeitsstörung ☐ posttraumatische Belastungsstörung
☐ Anpassungsstörung ☐ chron. Schmerzstörung
☐ Essattacken ☐ Somatisierungsstörung
☐ andere ……..

Nebendiagnosen
☐ Erschöpfung ☐ Depression ☐ Panikstörung
☐ generalisierte Ängste ☐ Zwangserkrankung ☐ Psychose
☐ Persönlichkeitsstörung ☐ posttraumatische Belastungsstörung
☐ Anpassungsstörung ☐ chron. Schmerzstörung
☐ Essattacken ☐ Somatisierungsstörung
☐ andere ……..

Wenn Sie sich jetzt nach der Beantwortung der vielen Fragen eine Pause gönnen und dann Ihre Antworten noch einmal auf sich wirken lassen:
Was ist es, wobei wir Ihnen helfen sollen, was sind Ihre Ziele ?

Da auch diese Frage nicht immer leicht zu beantworten ist, wollen wir Ihnen im Anschluss zur Erleichterung einige Zielbereiche und Ziele nennen, die unserer Erfahrung nach oft auftauchen.

Ergänzungen Bezugstherapeut/ Arzt

Datum Unterschrift Therapeut

Fragebogen Rehaziele

Ihre persönlichen Ziele für die kommende stationäre Behandlung

➢ Markieren Sie bitte die für Sie infrage kommenden **maximal 5** Ziele mit einem *Kreuz durch das entsprechende Kästchen*

Mit Hilfe der stationären Therapie möchte ich...

Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome

Depressives Erleben

- ☐ negative, kreisende Gedanken, Grübeleien überwinden
- ☐ aus meiner gedrückten oder schwankenden Stimmung, besser umgehen lernen
- ☐ mehr Antrieb und Energie bekommen

Ängste

- ☐ eine konkrete Angst bewältigen oder besser mit ihr umgehen lernen
- ☐ lernen, mit Angst- und Panikanfällen besser umgehen zu können und sie zu reduzieren
- ☐ lernen, wieder Dinge zu tun, die ich jetzt aus Angst vermeide

☐ ***Schlaf*** (meine Schlafprobleme (Ein- / Durchschlafen, frühes Erwachen etc.) bewältigen)

☐ ***Körperliche Schmerzen / chronische Krankheiten*** (Umgang schulen)

Berufs- und Arbeitsplatzbezogene Ziele

- ☐ Arbeitsfähigkeit erlangen, Wiedereingliederung, Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben … erhalten
- ☐ Konflikte am Arbeitsplatz thematisieren und bearbeiten

☐ ***Stress (***meine Konfliktfähigkeit / Abgrenzungsfähigkeit (Nein-Sagen) verbessern)

Zwischenmenschlicher Bereich

Elternschaft und aktuelle Familie

- ☐ mich mit meiner Vater- bzw. Mutterrolle auseinandersetzen
- ☐ die Beziehung zu meinen Eltern verändern (ablösen, Schuldgefühle oder Abhängigkeit überwinden)

Partnerschaftliche und andere Beziehungen

- ☐ die Beziehung bestimmten Personen aus dem privaten / beruflichen Umfeld klären / verbessern
- ☐ die partnerschaftliche Beziehung verbessern

Alleinsein und Trauer

- ☐ allein sein und loslassen können
- ☐ den Tod einer geliebten Person verarbeiten

Selbstbehauptung und Abgrenzung

- ☐ mich anderen gegenüber besser durchsetzen und abgrenzen lernen
- ☐ mit den Reaktionen anderer besser umgehen lernen

Kontakt und Nähe

- ☐ lernen, besser mit Menschen Kontakt aufzunehmen und zu pflegen
- ☐ Nähe zulassen und Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen lernen

Verbesserung des Wohlbefindens

Bewegung und Aktivität

- ☐ meine Freizeit aktiver gestalten (Hobbies, kulturelle Aktivitäten etc.)

Wohlbefinden

- ☐ Gelassenheit erlernen
- ☐ Entspannung trainieren
- ☐ mehr Optimismus und Lebensfreude entwickeln
- ☐ lernen, mich in meinem Körper wohl zu fühlen

Selbstbezogene Ziel

☐ ***Einstellung zu mir selbst*** (Selbstvertrauen / Selbstsicherheit / Selbstakzeptanz entwickeln)

Bedürfnisse und Wünsche

☐ meine Bedürfnisse wahrnehmen und ausdrücken lernen
☐ meine Grenzen besser erkennen und danach handeln lernen

Verantwortung, Leistung und Kontrolle

☐ lernen, Verantwortung für mich selbst zu übernehmen
☐ Verantwortung und Kontrolle abgeben lernen

☐ ***Umgang mit Gefühlen (***Gefühle zulassen und äußern lernen)

☐ ***Sonstige Ziele*:**

……

Meine Ziele:

Meine 3 wichtigsten Rehaziele für den Aufenthalt (4.1) in eigenen Worten**:**

Ziel 1 ……

……

Ziel 2 ……

……

Ziel 3 ……

……

Selbst eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt

Laotse (chinesischer Philosoph ca. im 6. Jahrhundert v. Chr.)

TEIL II: Klinisch-somatische Anamnese (Krankengeschichte)

Ergänzungen Arzt

Name, Vorname: .....

1.1 Welche körperlichen Beschwerden liegen bei Ihnen vor?

Bitte schildern Sie seit wann, wie häufig, wie intensiv, in welchen Situationen die somatisch-körperlichen Beschwerden bei Ihnen auftreten und wie lange diese ggf. anhalten.

Art, Lokalisation	Seit wann	Wie häufig, Wie lang anhaltend	Intensität auf Skala von 0 -10	Belastungs-abhängig? Auslöser?
1)				

1.2 Welche Behandlungen und Maßnahmen bezüglich obiger Beschwerden (unter 1.1) erfolgen aktuell und sind in der Vergangenheit schon erfolgt?

Behandlung / Maßnahme	Von - bis	Mit welchem Erfolg
zu 1)		

Wie ausgeprägt ist Ihr **Krankheitsgefühl** auf **körperlichem Gebiet** (unter Krankheitsgefühl versteht man das subjektive Empfinden eines Menschen, krank zu sein)?

☐ keines ☐ leichtes ☐ mittelschweres
☐ schweres ☐ sehr schweres

Einschränkungen im Alltag aus somatischer Sicht
Falls Ihre körperlichen Probleme Sie in Ihrem Alltag einschränken:

wobei:

wie stark:
keine Einschränkungen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **max.**
(bitte Zahl auf der Skala einkreisen)

1.3 Weitere Erkrankungen/Operationen/Unfälle
(a) Welche *körperlichen Erkrankungen* sind bei Ihnen diagnostiziert und seit wann?

……...

(b) Gab es zurückliegend *Operationen oder Unfälle*?
– wenn ja wann:

…….

Gibt es aus (a) / (b) *Folgen*, die sich heute noch zeigen?

……..

Haben sie medizinisch anerkannte *Berufserkrankungen*?
– wenn ja, welche und seit wann:

…….

Bisherige Rehabilitationsmaßnahmen wegen körperlicher Erkrankungen (wann und wo):

……

Hatten Sie schon einmal eine **bildgebende Untersuchung Ihres Gehirnes** und wegen welcher Beschwerden? ☐ ja ☐ nein

Computertomographie-**CCT** (Monat…..Jahr…..) (bitte Befund mitbringen)
Beschwerden:

……

Magnetresonanztomographie oder Kernspintomographie-**cMRT** (Monat…..Jahr…..) (bitte Befund mitbringen)
Beschwerden:

…….

Ergänzungen Arzt

Haben Sie Risikofaktoren wie:

erhöhte Blutfettwerte	☐ nein	☐ ja
eine Zuckerkrankheit	☐ nein	☐ ja
erhöhten Blutdruck	☐ nein	☐ ja
einen Herzfehler	☐ nein	☐ ja
Angina pectoris	☐ nein	☐ ja
Übergewicht	☐ nein	☐ ja
Bewegungsmangel	☐ nein	☐ ja
Stress	☐ nein	☐ ja

Andere……

Gibt es in Ihrer Familie vererbbare körperliche oder familiär gehäufte psychiatrische Erkrankungen?

……

Medikation bei Aufnahme:
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein?
➔ **WICHTIG, bitte aktuellen Medikamentenplan mitbringen!**

Name, Darreichungsform	Einzel-dosis	Wann am Tag, Anzahl (morgens-mittags-abends-zur Nacht)	Seit wann?
Beispiel: Citalopram Tbl.	*10 mg*	*1-0-0-0*	*05/2016*

Welche Medikamente nehmen Sie nur im Bedarfsfall ein?

Medikament	Wann und wie oft ist Bedarf?
.....	…….
……	…….
……	…….

Ergänzungen Arzt

Vom Aufnahmearzt festgestellte Gefährdungen (z.B. durch Suchtmittel, Selbstgefährdung, bedrohliche Erkrankungen, Allergien, Risikomedikamente…):

Spezielle Medikamente: nehmen Sie jetzt oder haben Sie früher Medikamente aus folgenden Wirkbereichen genommen?

☐ Gerinnungshemmer ☐ früher ☐ jetzt …….x (z.B. Tbl.) /Woche

☐ Schmerzmittel ☐ früher ☐ jetzt …….x (z.B. Tbl.) /Woche

☐ Beruhigungsmittel ☐ früher ☐ jetzt …….x (z.B. Tbl.) /Woche

☐ Schlafmittel ☐ früher ☐ jetzt …….x (z.B. Tbl.) /Woche

☐ Aufputschmittel ☐ früher ☐ jetzt …….x (z.B. Tbl.) /Woche

☐ Abführmittel ☐ früher ☐ jetzt …….x (z.B. Tbl.) /Woche

☐ Nahrungs-ergänzungsmittel ☐ früher ☐ jetzt …….x (z.B. Tbl.) /Woche

Ggf. welche weiteren:

……

Welche Psychopharmaka haben Sie schon eingenommen?

☐ Citalopram ☐ Escitalopram ☐ Sertralin ☐ Mirtazapin
☐ Venlafaxin ☐ Bupropion ☐ Valdoxan ☐ Melatonin
☐ Amitriptylin ☐ Trimipramin ☐ Fluctin ☐ Tavor
☐ Olanzapin ☐ Risperidon ☐ Aripiprazol

☐ andere ……

Besteht Medikamentenmissbrauch mit Medikamentenabhängigkeit?

☐ nein ☐ ich weiß nicht ☐ ja

Wenn ja seit wann, welcher Art, Häufigkeit, ggf. wann früher und wie lange?

.....

1.4. Risikofaktoren und Risikoverhalten

Wieviel Alkohol trinken Sie? ☐ täglich ☐ gelegentlich ☐ nie

Welches Getränk? Wie viel? Wie oft?

……

……

Halten Sie sich für alkoholgefährdet? ☐ nein ☐ ja
Halten Sie sich für alkoholabhängig? ☐ nein ☐ ja

Hatten Sie qualifizierte Alkoholentgiftungen? ☐ nein ☐ ja

Hatten Sie qualifizierte Alkohollangzeitentwöhnungen? ☐ nein ☐ ja

Seit wann besteht nach Alkoholentgiftung eine Abstinenz? ……

Besuchen Sie eine Selbsthilfegruppe nach Alkoholentgiftung?
☐ ja, seit …… ☐ nein

Ergänzungen Arzt

Nikotinkonsum:
☐ Zigaretten ☐ E-Zigaretten ☐ Shisha
☐ Zigarren ☐ Pfeifen ☐ Kautabak

circa (Anzahl) …….. Zigaretten pro Tag seit circa …….. Jahren

Halten Sie sich für nikotinabhängig? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie es schon einmal oder mehrfach versucht mit dem Rauchen aufzuhören und es nicht geschafft?

☐ ja, ……-mal ☐ nein ☐ ich will nicht aufhören

Probierkonsum von Drogen ohne Abhängigkeit in der Pubertät?
☐ nein ☐ ja falls ja, welche Drogen, wie lange, wieviel:

……

Regelmäßiger Drogenkonsum in der Gegenwart? : ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche Drogen, wie lange, wieviel:

…….

Halten Sie sich für drogenabhängig? ☐ nein ☐ ja

Hatten sie qualifizierte Drogenentgiftungen? ☐ nein ☐ ja

Hatten sie qualifizierte LZ-Drogenentwöhnungen? ☐ nein ☐ ja

Verhaltensabhängigkeiten:
☐ nein ☐ ich weiß nicht ☐ ja

Falls ja:
☐ Computerspiele
☐ Geldspiele /Wetten
☐ Internet
☐ Chatforen (Facebook...)
☐ anderes: ……

negative Folgen aus Abhängigkeit ☐ nein ☐ ja
(z.B. sozial, finanziell...)

Ggf. welche: ……

Behandlung(en) wegen Abhängigkeit? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja: wann, wegen was, wie lange, wo, mit welchem Ergebnis?

……

1.5 Vegetative Anamnese:

Leiden Sie an Einschlafstörungen?	☐ nein	☐ ja
Durchschlafstörungen?	☐ nein	☐ ja
Früherwachen?	☐ nein	☐ ja
Nachtschweiß?	☐ nein	☐ ja

Ergänzungen Arzt

Wie ist Ihr Appetit?
☐ normal ☐ appetitlos ☐ reduziert
☐ stark ☐ sehr stark

Körpergröße in cm: …..
Körpergewicht in kg: .....
Wunschgewicht in kg: …..

Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert? ☐ nein ☐ ja

Körpergewichts**abnahme** von …… kg → auf ..... kg

Gewollte Abnahme? ☐ nein ☐ ja, durch Bewegung ☐ ja, durch Diät

Hatten sie in der Vergangenheit eine Anorexie ☐ nein ☐ ja
Hatten sie in der Vergangenheit eine Bulimie ☐ nein ☐ ja
(Anorexie = Magersucht, Bulimie = Ess-Brechsucht)

Körpergewichts**zunahme** von …… kg → auf ……. kg

Kennen Sie bei sich die Verhaltensweise, wenn es Ihnen nicht gut geht, dass Sie dann vermehrt beliebte Nahrungsmittel verzehren, um Ihre Stimmung zu verbessern („Frustessen“)? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, führen Sie einen Teil Ihrer Körpergewichtszunahme darauf zurück, dass Sie durch schwierig zu unterdrückende **Essattacken** stark zugenommen haben: ☐ nein ☐ ja

Wollen sie abnehmen? ☐ nein ☐ ja wieviel kg .....

Welche Auswirkung hat ggf. Bewegungsmangel?
☐ keine ☐ leichte ☐ mittelstarke
☐ schwere ☐ sehr starke

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag? ca. ….. Liter

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? ☐ nein ☐ ja

wenn ja, welcher Art? ……

Müssen Sie nachts regelmäßig Wasserlassen? ☐ nein ☐ ja, ……. mal

Wie ist Ihr Stuhlgang? ☐ regelmäßig ☐ Verstopfung ☐ Durchfälle

Hat sich Ihr Sexualverhalten verändert durch sexuelle Funktionsstörung oder Störungen der Lustempfindung? ☐ nein ☐ ich weiß nicht ☐ ja

wenn ja, welcher Art? .....

Haben sie eine medizinisch bestätigte Allergie? ☐ nein ☐ ja
wenn ja, ist ein Nachweis vorhanden? ☐ nein ☐ ja
(bitte mitbringen!)

Um welche Allergien handelt es sich und mit welchen Symptomen?

…… ……

…… ……

Ergänzungen Arzt

Haben sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche Nahrungsmittel:

…….

Nachweis durch fachärztliche Befunde erfolgt: ☐ nein ☐ ja
(bitte mitbringen!)

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten (z. B. Vegetarier)?

welche Ernährungsgewohnheiten:

……..

……..

Haben Sie in den letzten 4 Wochen folgende Symptome gehabt:

Fieber	☐ nein	☐ ja
Atemnot	☐ nein	☐ ja
Husten ohne Auswurf	☐ nein	☐ ja
Husten mit Auswurf	☐ nein	☐ ja
Wadenschmerzen	☐ nein	☐ ja
Rückenschmerzen	☐ nein	☐ ja
Herz- oder Brustschmerzen	☐ nein	☐ ja
Kopfschmerzen	☐ nein	☐ ja
Blut im Urin	☐ nein	☐ ja
Blut im Stuhl	☐ nein	☐ ja

Bei Frauen gynäkologische Fragen:

Die erste Regelblutung war ca. im Alter von …… Jahren.

Zyklus zurzeit:

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ keine Menstruation zurzeit
☐ Wechseljahre haben begonnen ☐ nein ☐ ja, seit …….

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? ……..
davon:
Lebendgeburten ……
Totgeburten ……
Fehlgeburten ……
Schwangerschaftsunterbrechungen ……

Wurden gynäkologische Operationen durchgeführt? ☐ nein

☐ ja und zwar im Jahr …… Bezeichnung der OP: ……...……

☐ Entfernung der Gebärmutter ohne Eierstöcke (Monat/Jahr): ……..

☐ Entfernung der Gebärmutter mit Eierstöcken (Monat/Jahr): ……

☐ andere Operationen auf gyn. Gebiet (Monat/Jahr): …….

Wann war ihr letzte gynäkologische Untersuchung? …….
Unauffälliges Ergebnis? ☐ ja ☐ nein

Ergänzungen Arzt

Haben Sie aktuell eine Hormontherapie? ☐ ja ☐ nein

Was für Hormone / Medikamentenname: ……..

Ovulationshemmer / Antibabypille ☐ ja ☐ nein

Medikamentennamen: ……

Hormonspirale ☐ ja ☐ nein

2.2 Jetzige Tätigkeit
(aktuelle oder – falls arbeitslos oder derzeit ohne Arbeit – letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit) genaue Tätigkeit zurzeit /zuletzt (z. Bsp. LW-Fahrer – nicht Kraftfahrer, Intensivkrankenschwester – nicht Krankenschwester)

Bitte genaue Beschreibung der letzten Tätigkeit:
(was sind Ihre Aufgaben, was genau müssen Sie tun, seit wann?)

……

…… seit …….

Berufsbezeichnung: …….

☐ ohne Abschluss ☐ mit Abschluss
☐ angestellt ☐ selbständig
☐ freischaffend

Betriebsgröße, Anzahl Mitarbeiter ca.:

Betriebsärztliche Betreuung ist vorhanden ☐ ja ☐ nein

Gibt es gesundheitsfördernde Maßnahmen im Unternehmen?

☐ nein
☐ ja, und zwar:

Erreichen des Arbeitsplatzes

☐ zu Fuß ☐ Fahrrad ☐ PKW ☐ Bus ☐ Bahn
☐ mit öffentlichen Verkehrsmitteln ☐ Fahrgemeinschaft

Wegezeit (Gesamtzeit hin und zurück pro Tag): …… min.

Arbeitsorganisation, Sonstiges
☐ Publikumsverkehr
☐ Mitarbeiterführung
☐ ständige Konzentration
☐ Anlagensteuerung
☐ Auswärts-Montage
☐ lange Arbeitswege
☐ Reisetätigkeit
☐ unregelmäßiges Essen
☐ Diät nicht möglich
☐ überwiegend Bildschirmarbeit
☐ Feinarbeiten mit angestrengtem Sehen
☐ Verfügbarkeit (Bereitschaftsdienste usw.)

Führen von Kraftfahrzeugen während der Arbeitszeit
☐ PKW ☐ LKW ☐ sonstige Fahrzeuge: .....
☐ Personenbeförderung ☐ Gefahrgut

Ergänzungen Arzt

Ergänzungen Arzt

Arbeitszeit

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig
☐ Vollzeit ☐ Teilzeitarbeit

täglich……Std., an…….Tagen/Woche

wöchentliche Arbeitszeit: vertraglich: …… Std.
tatsächlich: …… Std.

☐ häufige Überstunden ☐ ja ☐ nein

Falls ja:
☐ Überstundenausgleich mit Freizeit
☐ Überstundenausgleich finanziell
☐ Überstundenausgleich durch Arbeitszeitkonto

Arbeitsweise
☐ Normalschicht ☐ flexible Arbeitszeit
☐ Frühschicht ☐ Spätschicht ☐ Nachtschicht
☐ geteilter Dienst ☐ Homeoffice
☐ Zweischichtbetrieb ☐ Dreischichtbetrieb
☐ teilkontinuierliches Schichtmodell – ohne Nachtarbeit
☐ teilkontinuierliches Schichtmodell – mit Nachtarbeit
☐ vollkontinuierliches 4 – 5 Schichtmodell (Vollkonti)
☐ Früh-Spät-Nacht: Vorwärts rotierendes Schichtsystem
☐ Schnell rotierende Schichtsysteme

Art der Tätigkeit am Arbeitsplatz

Körperhaltung: Sitzen……..%, Stehen……..%, Gehen……..%

☐ an Maschinen stehend ☐ an Maschinen sitzend
Haltungswechsel möglich? ☐ ja ☐ nein, kaum

☐ Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg .....mal/Stunde
☐ Heben und Tragen von Lasten 10-15 kg .....mal/Stunde
☐ Heben und Tragen Lasten über 15 kg .....mal/Stunde
Lastengewicht bis max. .....kg

☐ Bedienung schwergängiger Hebel
Kraft 1,5-3 kg …… mal /Stunde
Kraft > 3 kg …… mal /Stunde

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	☐	☐	☐
gehend	☐	☐	☐
sitzend	☐	☐	☐
gebückt	☐	☐	☐
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐
kniend /hockend	☐	☐	☐
auf Gerüsten /Leitern	☐	☐	☐

Ergänzungen Arzt

☐ häufiges Treppensteigen ☐ Treppen steigen mit Lasten
☐ auf Gerüsten und Leitern ☐ Erfordernis v. Schwindelfreiheit
☐ außerordentliche Konzentration erforderlich
☐ erhöhte Unfallgefahr

☐ starrer, maschinengebundener Arbeitstakt
☐ Einzelakkord ☐ Gruppenakkord

Pausen sind ☐ möglich ☐ nicht möglich ☐ kaum möglich

Besondere äußere Einflüsse bei der Tätigkeit
☐ starker Lärm, zeitweilig ☐ Lärmschutz muss getragen werden
☐ Arbeit im Freien ☐ meist witterungsgeschützt
☐ Hitze ☐ Rauchentwicklung
☐ Kälte, Zugluft, Nässe ☐ starke Staubentwicklung
☐ Dämpfe, Gase, Gerüche ☐ Arbeit bei künstlichem Licht
☐ räumliche Enge ☐ Großraumbüro
☐ Hantieren mit Gefahrenstoffen: .....
☐ sonstige Einflüsse:.....

2.3. Einschränkungen im Beruf (letzte Tätigkeit)
Was können Sie wegen Ihrer körperlichen Probleme in Ihrem **Beruf** nicht mehr machen oder was fällt Ihnen sehr schwer und seit wann ist dies der Fall (Einschränkungen wegen psychischer Probleme bitte hier nicht schildern, diese werden an anderer Stelle erfragt)?

……...

……...

……...

Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz

…….

…….

Einschränkungen im Alltag
Was können Sie wegen Ihrer körperlichen Probleme in Ihrem **Alltag** nicht mehr machen oder was fällt Ihnen sehr schwer und seit wann ist dies der Fall (Einschränkungen wegen psychischer Probleme bitte hier nicht schildern, diese werden an anderer Stelle erfragt)?

…….

…….

Raum für weitere Bemerkungen und Ergänzungen

…….

…….