

MEDIAN Reha-Zentrum Wiesbaden Sonnenberg
Patientenfragebogen zur
Krankenvorgeschichte Kardiologie

Name, Vorname

geboren am

Fallnummer

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

bitte nehmen Sie sich vor Beginn Ihrer Rehabilitationsmaßnahme Zeit und beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte und zu Ihrem beruflichen Werdegang. Dies betrifft alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, auch wenn Sie derzeit keiner Beschäftigung nachgehen, weil Sie arbeitssuchend oder geringfügig beschäftigt sind, eine Erwerbsminderungsrente beziehen, im Vorruhestand oder Hausfrau /-mann sind. Durch das Ausfüllen des Fragebogens bleibt mehr Zeit für das persönliche Aufnahmegespräch.

Bitte beantworten Sie alle Fragen und kreuzen die zutreffenden Antworten an. Unterstriche und Tabellen sind für Ihre Eintragungen, bitte leserlich ausfüllen. Am Anreisetag halten Sie den Fragebogen zur medizinischen Aufnahme bereit.

Dr. Gerhard Toepel
Chefarzt der Kardiologie

Datum, Unterschrift

Bitte tragen Sie in der Tabelle Ihre behandelnden Ärzte ein:

	Name	Straße, Nr.	PLZ Ort	Telefonnummer
operierende / vor-behandelnde Klinik				
Hausarzt				
Kardiologe				
Internist				
sonstiger Facharzt / Fachgebiet				

1.2 Krankheitsverlauf

Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?

Gab es akute Ereignisse, die zu den Beschwerden geführt haben?

Welche Diagnostik wurde durchgeführt?

Welche Behandlungen sind erfolgt?

Was hat geholfen, was nicht?

1.3 Weitere bisherige Krankheiten, Unfälle und Operationen

Bitte tragen Sie in der Tabelle bisherige schwere bzw. langwierige Krankheiten (auch Berufserkrankungen, Unfälle oder Arbeitsunfälle) in zeitlicher Reihenfolge ein. Bitte geben Sie an: Jahr, Art der Erkrankung und Dauer. Kreuzen Sie bitte an, ob Sie deshalb stationär oder ambulant behandelt wurden bzw. werden.

Krankheiten, Operationen und Unfälle in zeitlicher Reihenfolge:

Jahr	Erkrankung	Dauer	stationär	ambulant
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere stationäre Krankenhausaufenthalte: _____

Privatunfälle /Arbeitsunfälle mit Folgeschäden: _____

Anerkannte Berufskrankheiten: _____

Weitere Erkrankungen

Lungenerkrankungen: _____

Herz-Kreislaufkrankungen: _____

Magenerkrankungen: _____

Darmerkrankungen: _____

Leber-/Gallenerkrankungen: _____

Nierenerkrankungen: _____

Schilddrüsenerkrankungen (wenn ja, eine regelmäßige Kontrolle?): _____

Psychische Erkrankungen: _____

Hauterkrankungen (Psoriasis, Neurodermitis usw.): _____

Stoffwechselerkrankungen (z. B. Gicht, Diabetes mellitus): _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Bisherige diagnostische Maßnahmen:

Bitte geben Sie hier an, soweit Ihnen dieses bekannt ist, ob bei Ihnen in den letzten Jahren spezielle kardiologische Untersuchungen durchgeführt wurden (z. B. Herzkatheteruntersuchungen, fachärztliche Untersuchungen, Gutachten, möglichst mit Datum (Monat/Jahr)). Falls es Ihnen möglich ist, bringen Sie bitte die Befundergebnisse zur Aufnahmeuntersuchung mit.

Bisher keine diagnostischen Maßnahmen.

Haben Sie Allergien? nein ja

Falls ja,

gegen Medikamente? nein ja Wenn ja, gegen welche? _____

gegen Sonstiges? nein ja Wenn ja, gegen was? _____
(z. B. Pollen)

Haben Sie Speisunverträglichkeiten? nein ja

Falls ja, welche? _____

Risikofaktoren und Risikoverhalten

Übergewicht

Bluthochdruck, seit _____

Erhöhte Blutfette, seit _____

Diabetes mellitus, seit _____ (insulinpflichtig seit _____)

Bewegungsmangel nein ja

Regelmäßiger Sport nein ja Extremsport _____

Bisherige Reha-Aufenthalte /Kuren:

1.4 Unwillkürliches Nervensystem

Wie ist Ihr Appetit?

gesteigert normal verringert

Wie ist Ihr Durst?

gesteigert normal verringert

Mein Stuhlgang ist ...

regelrecht verstopft Durchfall sehr hart sehr weich mit Blutauflagerungen

Beim Wasserlassen habe ich ...

- keine Beschwerden häufiges Wasserlassen Brennen beim Wasserlassen Blut im Urin
 unwillkürlicher Harnabgang/Inkontinenz nächtliches Wasserlassen _____ Mal/Nacht

Haben Sie Schlafprobleme?

- nein beim Einschlafen beim Durchschlafen Atemstörung während des Schlafes (Schlafapnoe)

Ich wiege _____ kg und bin _____ cm groß.

Mein Gewicht:

- ist seit langem unverändert.
 hat zugenommen um _____ kg in den letzten _____ Monaten.
 hat abgenommen um _____ kg in den letzten _____ Monaten.

Bei Gewichtsveränderungen:

Die Gewichtsveränderung war gewollt ungewollt

- Husten habe ich ... keinen/selten häufig ständig
Auswurf habe ich ... keinen/selten häufig ständig

2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Ich bin ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 in einer Partnerschaft Sonstiges _____

Ich habe keine Kinder _____ Kind/Kinder

Das Kind ist/die Kinder sind _____ Jahr/Jahre alt.

Es lebt/leben _____ Kind/Kinder im Haushalt.

Wohnsituation und häusliche Versorgung

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus
 Erdgeschoss Etage _____

Treppe nein ja, mit _____ Treppenabsatz/Treppenabsätzen

Aufzug nein ja

- eigener Haushalt Altenheim Pflegeheim ambulante Pflege Sonstiges _____

Ich erhalte im Leben ausreichend Unterstützung von anderen Menschen:

- nein ja

Ich habe einen eigenen Freundeskreis:

- nein ja

Es bestehen soziale Belastungen

- nein ja, durch Pflege von _____ durch _____

Es bestehen psychische Belastungen

nein ja, durch _____

Finanzielle Situation

Eine ausreichende Absicherung ist gegeben. Ich komme gerade so zurecht.
 Eine starke Belastung liegt vor. Eine Verschuldung liegt vor.
 Sonstiges _____

Freizeitbeschäftigung:

nein ja, welche? _____

Sportliche Aktivitäten

nein ja, welche? _____ Mal pro Woche
für _____ Stunde /Stunden seit _____ Monate /Monaten /Jahr /Jahren

Risikoverhalten

keines bekannt Nikotin _____ Zigaretten /Tag Alkohol _____
 Bewegungsmangel ungesunde Ernährung Stressbelastung
 mangelnde Abgrenzung zwischen beruflichem und privatem Leben
 gesundheitsgefährdender Sport Sonstiges: _____

Derzeitiger Erwerbsstatus

erwerbstätig arbeitslos, seit: _____ Grund: _____
 in Ausbildung, seit _____ im Vorruhestand, seit: _____
 Hausfrau /Hausmann seit: _____
 Erwerbsminderungsrentnerin /-rentner
seit: _____ unbefristet befristet bis: _____ Grund: _____
 Altersrentnerin /-rentner, seit: _____

Laufende Sozialleistungsanträge

nein Antrag auf berufliche Rehabilitation Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung
 Antrag auf MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) Antrag auf GdB (Grad der Behinderung)
 Antrag auf Pflegestufe Antrag auf: _____

Anerkennung MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit), mit _____ % Grund: _____
 Anerkennung GdB (Grad der Behinderung), von _____ Grund: _____
 Anerkennung Pflegestufe mit dem Grad: _____ Grund: _____

Laufendes Sozialgerichtsverfahren nein ja, Art des Verfahrens _____

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

2.2.1 Beruflicher Werdegang

Schulabschluss nein Abitur Fachhochschulreife Mittlere Reife
 Hauptschulabschluss Sonstiges _____

Berufsausbildung nein ja

Ausbildung zum/zur	Abschluss		Wann wurde der Abschluss gemacht?
	Ja	Nein	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Berufsleben:

Haben Sie bisher eine berufliche Tätigkeit ausgeübt? nein ja

Jahr (von – bis)	Berufsbezeichnung/Tätigkeit	Arbeitgeber

Es erfolgte aus gesundheitlichen Gründen ein/eine

Berufswechsel Arbeitsplatzwechsel Reduzierung der Arbeitszeit Umschulung

Wenn bekannt, wann: _____ Grund: _____

nein

2.2.2 Beschreibung der sozialversicherungspflichtigen oder freiwillig gesetzlich rentenversicherten Tätigkeit

Folgende Fragen im sind immer auszufüllen, auch wenn Sie derzeit keiner Beschäftigung nachgehen.

Für diejenigen, die zur Zeit erwerbstätig sind:

Ich arbeite zurzeit als _____ seit _____

Ich bin sozialversicherungspflichtig tätig. Ich bin freiwillig gesetzlich rentenversichert tätig.

Für diejenigen, die zur Zeit nicht erwerbstätig sind:

Ich habe zuletzt gearbeitet als _____ seit _____

- Ich war sozialversicherungspflichtig tätig. Ich war freiwillig gesetzlich rentenversichert tätig.

Die folgenden Punkte bitten wir alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auszufüllen unabhängig von Ihrem Erwerbsstatus.

Für alle, die zurzeit erwerbstätig beziehen sich die folgenden Punkte auf die aktuelle sozialversicherungspflichtige (auch Teilzeit oder geringfügige Beschäftigung/Minijob) oder freiwillig gesetzlich rentenversicherte Tätigkeit (z. B. bei Selbstständigkeit).

Für alle, die zurzeit nicht erwerbstätig sind, beziehen sich die folgenden Punkte auf die letzte sozialversicherungspflichtige (auch Teilzeit oder geringfügige Beschäftigung/Minijob) oder freiwillig gesetzlich rentenversicherte Tätigkeit (z. B. bei Selbstständigkeit).

Der Arbeitsvertrag ist/war

- unbefristet befristet bis: _____ ungekündigt gekündigt zum: _____

Die genannte Tätigkeit wird /wurde ausgeübt in

- Vollzeit Teilzeit geringfügiger Beschäftigung/Minijob mit _____ Stunden pro Woche und maximal _____ Stunden pro Tag

Bitte beschreiben Sie ihre aktuelle bzw. letzte Tätigkeit, mit der Beschreibung der täglichen Arbeitsaufgaben:
(z. B. Büro mit PC-Tätigkeit, Lager bestücken etc.)

Körperliche Arbeitsschwere in % der Arbeitszeit

- Heben oder Tragen von Lasten von weniger als 10 kg: nein _____ %
Heben oder Tragen von Lasten von 10 bis 15 kg: nein _____ %
Heben oder Tragen von Lasten von mehr als 15 kg: nein _____ %

Art und Gewicht der Lasten: _____

Technische Hilfsmittel/Hebehilfen nicht vorhanden vorhanden: _____

Arbeitshaltung in % der Arbeitszeit

Stehen: _____ % Gehen: _____ % Sitzen: _____ %

Spezielle Arbeitshaltungen und Anforderungen

Überkopf:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Armvorhalte, Vorneige oder über Schulterhöhe:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Bücken, Hocken und Knien:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Erhöhte Stand- und Gangsicherheit erforderlich, wie z. B. Gehen auf unebenem Gelände:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Ersteigen von und Arbeiten auf Leitern, Gerüsten und Dächern:

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Sonstiges: _____

nein zeitweise mehr als zeitweise bis zur Hälfte der Arbeitszeit überwiegend ständig

Berufliches Kraftfahren

nicht erforderlich mit dem PKW mit dem LWK mit einem Gefahrguttransporter

mit einer Baumaschine *Art der Baumaschine:* _____

Im Durchschnitt ca. _____ Stunde /Stunden pro Tag.

Personenbeförderung

nein ja *Art der Fahrzeuges:* _____

Im Durchschnitt ca. _____ Stunde /Stunden pro Tag.

Arbeitsorganisation

Tagesschicht Früh-/Spätschicht Nachtschicht Sonstiges: _____

Ich bin /war am Arbeitsplatz

zufrieden teilweise zufrieden nicht zufrieden *Grund:* _____

Ich erreiche den Arbeitsplatz/habe den Arbeitsplatz erreicht

zu Fuß mit dem Fahrrad mit dem PKW mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Sonstiges: _____

Ein Weg dauert /dauerte ca. _____ Minuten.

Die erforderliche Gehstrecke, um den Arbeitsplatz zu erreichen, beträgt/betrug für den Hin- und Rückweg zusammen ca. _____ Meter.

Relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

keine schwankende Temperaturen inhalative Belastungen Allergene Lärm

Erschütterungen Vibrationen Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr

häufig wechselnde Arbeitszeiten Sonstiges: _____

3. Ich habe folgende Ziele für meine Rehabilitation

(Bitte 5 Ziele ankreuzen)

- 1. Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Steigerung der körperlichen Fitness
- 2. Verbesserung der Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit
- 3. Verlängerung der Gehstrecke
- 4. Kontrolle des Verlaufes nach Operation oder Katheter-Eingriff
- 5. Reduktion von Schmerzen
- 6. Mehr Krankheitsverständnis durch umfassende Information, sowie zu den Ursachen und Zusammenhängen des Krankheitsgeschehens
- 7. Informationen über das Verhalten nach Klappenersatz
- 8. Erlernen der Gerinnungsselbstmessung
- 9. Kontrolle der Arteriosklerose-Risikofaktoren, (*speziell: ... z. B. Gewichtsreduktion, Nikotinverzicht, Diabetes-Einstellung*)
- 10. Wiedereingliederung in den häuslichen Alltag
- 11. Berufliche Wiedereingliederung
- 12. Psychische Stabilisierung
- 13. Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung
- 14. Abbau von Ängstlichkeit, Depressivität und Erschöpfung
- 15. Vermeidung einer drohenden Pflegebedürftigkeit
- 16. Wiedererlangung der Mobilität /Selbstständigkeit
- 17. Hirnleistung/Merkfähigkeit verbessern
- 18. Stabilisierung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens
- 19. _____

Psychologische Anamnese

Wir arbeiten nach einem ganzheitlichen Ansatz. Daher ist die psychologische Mitbetreuung ein fester Bestandteil. Wir bitten Sie, auch diesen Teil des Fragebogens vollständig auszufüllen. Er wird an den Psychologischen Dienst weitergeleitet und vertraulich behandelt.

Patientenaufkleber

1. Risikoverhalten

Ich rauche nicht vor kurzem aufgehört gelegentlich
 _____ Zigaretten/Tag
was? _____ (Zigaretten, Pfeifen, ...)

Alkohol trinke ich nie gelegentlich regelmäßig
was? _____ (z. B. Bier, Wein, Spirituosen, ...)
Wie viel in der Woche? _____

Drogen konsumieren ich nie gelegentlich regelmäßig
was? _____ (z. B. Cannabis, ...)
Wie oft in der Woche? _____

Ich leide unter Stress/belastenden Gefühlen eher selten eher häufig

Haben Sie ausreichend Erholung? eher ja eher nein

Haben Sie Schlafprobleme?

nein beim Einschlafen beim Durchschlafen frühes Wachwerden morgens
 Atemstörung während des Schlafes (Schlafapnoe)

2. Psychische Belastungen

Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrem Lebenspartner, Ihren Kindern oder Ihrer Familie?

überhaupt nicht eher weniger eher mehr stark oder sehr stark

Leiden Sie unter besonderen beruflichen Belastungen (z. B. Zeitdruck, Überforderung, Konflikte, Angst um Ihren Arbeitsplatz, Unzufriedenheit mit der Arbeit, anderes?)

überhaupt nicht eher weniger eher mehr stark oder sehr stark

Leiden Sie unter Arbeitslosigkeit oder finanziellen Schwierigkeiten?

überhaupt nicht eher weniger eher mehr stark oder sehr stark

Haben Sie weitere psychische Belastungen? nein ja

psychische Belastungen durch _____

Befinden Sie sich in laufender Psychotherapie? nein ja

weshalb _____

Sind Sie schon einmal psychotherapeutisch behandelt worden? nein ja

weshalb _____

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Bitte beurteilen Sie jeweils die Beeinträchtigung auf der Skala 0 bis 10.

(0 = keine Beeinträchtigung, 10 = stärkste Beeinträchtigung)

Beschwerden	Stärke der Beeinträchtigung										
Sorgen über Ihre Gesundheit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nervosität	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wenig oder kein sexuelles Verlangen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwierigkeiten mit dem/r Partner/in	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ängstlichkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anspannung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stress bei der Arbeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Finanzielle Sorgen oder Probleme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gefühl der Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niemand zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Leichte Ermüdbarkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwierigkeiten beim Ein-/Durchschlafen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niedergeschlagenheit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag

Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung

überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag

Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren

überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag