

MEDIAN Reha-Zentrum Wiesbaden Sonnenberg  
Patientenfragebogen zur  
Krankenvorgeschichte  
Orthopädie /Rheumatologie

---

Name, Vorname

---

geboren am

---

Fallnummer

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte und zu Ihrem beruflichen Werdegang.

Bitte beantworten Sie alle Fragen und kreuzen die zutreffenden Antworten an. Unterstriche und Tabellen sind für Ihre Eintragungen, bitte leserlich ausfüllen.

Dr. med. Johannes Schröter  
Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Orthopädie

---

Datum, Unterschrift

# 1. Beschwerden

## 1.1 Jetzige Beschwerden

Bitte schildern Sie hier Ihre momentanen Beschwerden, wegen derer Sie hauptsächlich zur Rehabilitation kommen mit Angabe der Dauer, Lokalisation, Intensität, Charakter, Verlauf, Belastungsabhängigkeit:

---

---

---

---

---

---

---

Bitte markieren Sie auf der unten gezeichneten Linie Ihre gegenwärtige Beschwerdestärke zwischen 0 und 100 mit einem senkrechten Strich

0      10      20      30      40      50      60      70      80      90      100

(0 = keine Schmerzen)

(100 = stärkste vorstellbare Schmerzen, z. B. Zahn ziehen ohne Narkose)

## Therapeutische Maßnahmen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (bitte auch Insulin, Anti-Baby-Pille, Hormone, Schlaf- und Abführmittel angeben):

Medikamentname und Stärke	Anzahl der Tabletten, Tropfen					
	morgens	mittags	abends	nachts	täglich	bei Bedarf
<i>Beispiel: Medikament XY 50 mg</i>	1	0	1	1	X	

Sonstige Behandlungen zur Zeit: (z. B. Krankengymnastik, Psychotherapie)

Behandlung	wie oft <u>insgesamt</u> ?	Behandlungszeitraum
_____	_____ Mal	_____ bis _____
_____	_____ Mal	_____ bis _____
_____	_____ Mal	_____ bis _____

Bitte tragen Sie in der Tabelle Ihre behandelnden Ärzte ein:

	Name	Straße, Nr.	PLZ Ort	Telefonnummer
operierende / vor-behandelnde Klinik				
Hausarzt				
Orthopäde				
Chirurg				
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"/>

Wurden bei Ihnen wegen dieser Erkrankungen wichtige Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann. Bitte bringen Sie alle Arztbriefe, Bilder, Vorbefunde, Untersuchungsergebnisse oder Gutachten (z. B. MRT/CT,- Röntgenuntersuchungen, fachärztliche Untersuchungen) mit.

Röntgen: \_\_\_\_\_ Körperregion: \_\_\_\_\_ Ungefähres Datum: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

CT/MRT: \_\_\_\_\_ Körperregion: \_\_\_\_\_ Ungefähres Datum: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sonstiges, z. B. Magen-Darmspiegelung: \_\_\_\_\_ Ungefähres Datum: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  nein  ja  
 Falls ja,  
 gegen Medikamente?  nein  ja Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_  
 gegen Sonstiges? (z. B. Pollen)  nein  ja Wenn ja, gegen was? \_\_\_\_\_

Haben Sie Speisunenverträglichkeiten?  nein  ja  
 Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Risikofaktoren** (wenn nicht bereits oben unter Krankheiten genannt)

Ist bei Ihnen folgende Erkrankung bekannt ?

Diabetes mellitus  Bluthochdruck  zu hohe Blutfette oder zu hohes Cholesterin  Übergewicht

Haben Sie schon einmal eine Rehabilitation durchgeführt?

ja  nein

Wenn ja

Rehabilitation nach Akutkrankenhaus? Wann? (Jahr): \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Sonstige Rehabilitationsverfahren? Wann? (Jahr): \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_ 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 Pflegegrad     Antrag auf: \_\_\_\_\_

- Anerkennung MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit), mit \_\_\_\_\_ % Grund: \_\_\_\_\_  
 Anerkennung GdB (Grad der Behinderung), von \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_  
 Anerkennung Pflegegrad: \_\_\_\_\_ 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 Abschnitt 2.2.2 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 \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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

### Extreme Bewegungsauslenkungen der Halswirbelsäule:

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

### Extreme Bewegungsauslenkungen der Brust- und Lendenwirbelsäule:

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

### Erschütterungs- oder Vibrationsbelastungen:

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 \_\_\_\_\_

Betriebsärztliche Betreuung vorhanden       nein       ja

Betriebliche Gesundheitsförderung vorhanden       nein       ja

Art der betrieblichen Gesundheitsförderung: \_\_\_\_\_

**2.2.3 Arbeitsunfähigkeitszeiten**

Ich war in den der letzten zwölf Monate vor der Aufnahme in die Rehaklinik arbeitsunfähig:

gar nicht     bis unter 3 Monate     bis unter 6 Monate     6 und mehr Monate     nicht erwerbstätig

seit Beginn OP

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_

**Sie sind bei Aufnahme in unser Haus**

arbeitsfähig     arbeitsunfähig    Die Arbeitsunfähigkeit besteht seit: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit hat durchgehend bis heute bestanden?     nein       ja

Wenn Sie arbeitslos sind: Wann trat die Arbeitsunfähigkeit ein?

vor Beginn der Arbeitslosigkeit    oder     nach Beginn der Arbeitslosigkeit

**2.3 Welche Tätigkeiten und Aktivitäten im Alltag, Beruf und Freizeit fallen Ihnen schwer?**

(beispielsweise spazieren gehen, Haushaltsführung, Hobbys)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Meine Reha-Ziele

Wir möchten, dass Sie sich ein wenig Zeit nehmen für Ihre Ziele in und vor allem nach der Rehabilitation. Damit wir diese Ziele gemeinsam erreichen, möchten wir Sie bitten, dass Sie uns genau 5 Ziele benennen, die für Sie besonders wichtig sind. Aus verschiedenen Bereichen haben wir einige Möglichkeiten für Sie zusammengestellt. Gern können Sie auch den Freitextbereich nutzen.

Schmerzlinderung			<b>Ich möchte, dass meine Schmerzen:</b>
	1	<input type="checkbox"/>	eine geringere Intensität haben
	2	<input type="checkbox"/>	weniger häufiger auftreten
	3	<input type="checkbox"/>	nicht mehr so lange andauern
	4	<input type="checkbox"/>	Ich möchte weniger Schmerzmittel einnehmen
Beweglichkeit	5	<input type="checkbox"/>	Ich möchte besser bewegen können:
Muskulatur	6	<input type="checkbox"/>	Die Muskelverkürzungen sollen besser werden.
	7	<input type="checkbox"/>	Meine Muskelkraft soll zunehmen:
Aufrechterhaltung/Veränderung der Körperposition			<b>Ich möchte</b>
	8	<input type="checkbox"/>	wieder länger und ausdauernder laufen können
	9	<input type="checkbox"/>	mich wieder besser hinlegen und aufstehen können
	10	<input type="checkbox"/>	wieder länger sitzen oder stehen können
Heben und Tragen von Gegenständen	11	<input type="checkbox"/>	Ich möchte wissen, wie ich mich wirbelsäulenschonend verhalte beim Tragen und Heben von Gegenständen im Beruf und Alltag.
	12	<input type="checkbox"/>	Ich möchte wissen wie ich mich gelenkschonend verhalte beim Tragen und Heben von Gegenständen im Beruf und Alltag.
Fortbewegung	13	<input type="checkbox"/>	Ich möchte wieder für längere Wegstrecken das Auto nutzen können
Selbstversorgung	14	<input type="checkbox"/>	Ich möchte meinen Haushalt wieder besser führen
	15	<input type="checkbox"/>	Ich möchte mich wieder belastbarer fühlen
Gemeinsame Klärung meiner beruflichen Situation			<b>Ich möchte</b>
	16	<input type="checkbox"/>	meine berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen
	17	<input type="checkbox"/>	meine berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen im Rahmen eine stufenweiser Wiedereingliederung
	18	<input type="checkbox"/>	wissen, wie ich meinen Arbeitsplatz ergonomisch einrichten kann
	19	<input type="checkbox"/>	informiert werden über eine innerbetriebliche Umsetzung oder Entlastung von bestimmten Tätigkeiten und diese entsprechend einleiten
	20	<input type="checkbox"/>	Informationen über die Möglichkeiten, die sich aus der Anerkennung eines Behinderungsgrades (GdB) für mich ergeben

<b>Gemeinsame Klärung meiner Leistungsfähigkeit in der Freizeit und im Alltag</b>			<b>Ich möchte</b>
	21	<input type="checkbox"/>	meinen Sport wieder aufnehmen
	22	<input type="checkbox"/>	wissen, welchen Sport ich ausüben kann
	23	<input type="checkbox"/>	mein Hobby wieder ausüben
<b>Krankheitsbewältigung</b>			<b>Ich möchte</b>
	24	<input type="checkbox"/>	wissen, wie ich im Vorfeld auf meinen Stress besser Einfluss nehmen kann
	25	<input type="checkbox"/>	wissen, wie ich Stresssituationen im Alltag und Beruf besser bewältigen kann
	26	<input type="checkbox"/>	mit meinen Schmerzen besser umgehen können
	27		wissen, wie ich auf meine Schmerzen besser Einfluss nehmen kann
	28	<input type="checkbox"/>	mehr über meine Erkrankung erfahren, um sie besser verstehen zu können
	29	<input type="checkbox"/>	mein Gewicht reduzieren
	30	<input type="checkbox"/>	Strategien erlernen, um mein Gewicht zu reduzieren
	31	<input type="checkbox"/>	mit dem Rauchen aufhören
	32	<input type="checkbox"/>	Möglichkeiten erlernen, um auf meinen Nikotinkonsum Einfluss nehmen zu können
	33	<input type="checkbox"/>	für die Zeit nach der Reha und über weitere wichtige Maßnahmen informiert werden
<b>Eigenübungen / Hilfsmittel</b>			<b>Ich möchte</b>
	34	<input type="checkbox"/>	Übungen lernen, die ich zu Hause fortsetzen kann
	35	<input type="checkbox"/>	über verschiedene Hilfsmittel informiert werden
	36	<input type="checkbox"/>	mit den nötigen Hilfsmitteln für zu Hause versorgt werden und damit umgehen können

Raum für eigene Notizen /eigene Ziele:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## 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 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