

# Anamnesefragebogen

Patientenaufkleber oder
Name .....
Vorname .....
geb. ....

Für eine ganzheitliche psychosomatische Behandlung benötigen wir von Ihnen Informationen über wesentliche Gegebenheiten Ihres Lebens. Diese Informationen sind sehr wichtig für unser Verständnis Ihrer Problematik und für eine zielgerichtete Therapie erforderlich. Der Erfolg der Behandlung hängt wesentlich davon ab, welche Informationen uns z.B. auch zum familiären Umfeld vorliegen. Dieser Anamnesefragebogen ist Grundlage für das Anamnesegespräch mit Ihrem Bezugstherapeuten und erleichtert dessen Arbeit und Ihren Einstieg in die Behandlung und spart Zeit, die für Therapie genutzt werden kann. Wir bitten Sie die Fragen ausführlich und möglichst genau zu beantworten. Sind Ihnen Fragen unklar oder sind Sie unsicher in der Beantwortung oder möchten Sie einzelne Fragen nicht beantworten, so lassen Sie die Fragen offen und nehmen bitte Rücksprache mit Ihrem Bezugstherapeuten nach Aufnahme in unserer Klinik.

Name: \_\_\_\_\_ Alter (in Jahren): \_\_\_\_\_

Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

- Familienstand:
- ledig
  - verheiratet
  - zum 2. Mal oder öfters verheiratet
  - getrennt lebend
  - geschieden
  - unverheiratet mit Partner lebend
  - verwitwet
  - \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

1. Weshalb möchten Sie zum jetzigen Zeitpunkt eine Behandlung?

2. Wer hat Ihnen die Behandlung vorgeschlagen?

3. Von wem wurden Sie zu uns überwiesen?

Wenn Sie bereits Psychotherapie hatten: Wie viele Stunden ca.? \_\_\_\_\_

#### 4. Problembereiche

**Wir werden Ihnen einige Beispiele nennen und möchten Sie bitten, jeweils zu entscheiden, ob die folgenden Situationen oder Dinge Ihnen Angst machen oder ob Sie sie möglichst vermeiden:**

- Plötzliche und unerwartete Angst, ohne dass reale Gefahr vorliegt?  ja  nein
- Bestimmte Situationen und Orte wie z.B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmenge, Fahrstühle oder geschlossene Räume?  ja  nein
- Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten wie z.B. öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Partys oder Gespräche?  ja  nein
- Bestimmte Dinge wie z.B. Tiere, Höhen, Flugreisen oder der Anblick von Blut und Verletzungen?  ja  nein
- Leiden Sie häufig unter unangemessenen starken Sorgen, z.B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten?  ja  nein
- Haben Sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder traumatisches Ereignis erlebt, nach dem es Ihnen sehr schlecht ging, wie z.B. eine Vergewaltigung, andere Gewalttaten oder Naturkatastrophen?  ja  nein
- Gibt es unangenehme oder unsinnige Gedanken oder Handlungen, die Sie nicht aus dem Kopf verbannen können bzw. die Sie immer wieder ausführen müssen?  ja  nein

**Wir werden Ihnen nun einige Fragen zu Stimmungsschwankungen oder länger anhaltenden Stimmungen stellen. Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie...**

- sich mindestens zwei Wochen lang sehr depressiv, traurig und hoffnungslos fühlten oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten?  ja  nein
- sich über einen langen Zeitraum (mindestens zwei Jahre) die meiste Zeit niedergeschlagen oder traurig fühlten?  ja  nein
- mindestens eine Woche lang sich ganz extrem hochgestimmt oder reizbar fühlten?  ja  nein

**Wir möchten Ihnen jetzt einige Fragen zu Ihrem körperlichen Befinden stellen:**

Haben Sie gegenwärtig körperliche Beschwerden oder Krankheiten?  ja  nein

- 
- 
- Fürchten Sie öfters, dass Sie eine schwere Krankheit haben?  ja  nein
  - Hatten Sie bereits vor Ihrem 30. Lebensjahr viele körperliche Probleme?  ja  nein
  - Hatten Sie schon einmal mindestens sechs Monate lang so starke Schmerzen, dass Sie sich fast ständig damit beschäftigten?  ja  nein
  - Haben Sie jemals so etwas erlebt wie eine Lähmung, Verlust der Stimme oder des Sehens oder Gehbeschwerden?  ja  nein

**Nun haben wir einige Fragen zu Ihrem Essverhalten und anderen Verhaltensweisen:**

- Haben Sie große Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich große Sorgen um Ihre Figur und Ihr Gewicht?  ja  nein
- Haben Sie schon einmal viel weniger gewogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten oder haben Sie schon einmal stark abgenommen?  ja  nein
- Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d.h. sehr viel in kurzer Zeit gegessen bzw. die Kontrolle beim Essen verloren?  ja  nein
- Haben Sie in der letzten Zeit Alkohol, Medikamente oder andere Substanzen eingenommen um Ihre Stimmung zu beeinflussen?  ja  nein
- Gibt es Handlungen oder Aktivitäten, die Sie zu häufig durchführen oder wofür Sie mehr Zeit investieren als Sie eigentlich sollten (Beispiele sind: Fernsehen, PC-Gebrauch/Internetnutzung in der Freizeit über 20 Std/Woche, Kaufen, Glücksspiel etc.)?  ja  nein

**Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben eigenartige ungewöhnliche Erfahrungen gemacht, wie z.B.:**

- Hören oder Sehen von Dingen oder Stimmen, die andere Menschen nicht bemerkten oder wenn niemand in der Nähe war?  ja  nein
- Das Gefühl, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, dass Menschen Dinge taten um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, so dass Sie ständig aufpassen mussten?  ja  nein
- Hatten Menschen Schwierigkeiten Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache durcheinander war oder keinen Sinn machte?  ja  nein

**Wir stellen Ihnen nun einige Fragen zu Problemen im Kontakt mit anderen Menschen:**

- Ich habe im Moment stärkere private Konflikte  ja  nein
- Ich leide im Moment unter stärkeren beruflichen Konflikten oder Mobbing  ja  nein
- Ich habe Probleme meine Wünsche und Vorstellungen im Konflikt mit anderen durchzusetzen  ja  nein
- Ich habe Probleme auf fremde Menschen zuzugehen oder Menschen kennen zu lernen  ja  nein

5. Beschreiben Sie stichwortartig die Entwicklung der wichtigsten Beschwerden, derentwegen Sie in unsere Klinik kommen, vom ersten Auftreten bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt:

Monat / Jahr	Abfolge der Symptome	Welche Lebensumstände in dieser Zeit

6. Was hat sich dadurch, daß Ihre Beschwerden aufgetreten sind, in Ihrem Leben verändert? (Haben Sie z. B. den Eindruck, mehr geschont zu werden, wird mehr über Sie und Ihre Probleme gesprochen, werden Sie von anderen mehr gemieden oder ähnliches). Beschreiben Sie bitte die Veränderungen die aufgrund der Beschwerden in den folgenden Bereichen aufgetreten sind:

Arbeits- oder Ausbildungsbereich: \_\_\_\_\_

Familiärer Bereich (Eltern, Geschwister, Kinder usw.): \_\_\_\_\_

Partnerbereich: \_\_\_\_\_

Freundeskreis: \_\_\_\_\_

Freizeitbereich: \_\_\_\_\_

Sonstige Bereiche: \_\_\_\_\_

7. Für wie schwerwiegend halten Sie Ihre Beschwerden?

- leicht störend
- mittelschwer
- sehr schwer
- extrem schwer
- vollkommen unerträglich

8. Was haben Sie selbst bereits unternommen, um diese Beschwerden abzubauen?

Welche Behandlungen wurden wegen dieser Beschwerden durchgeführt?

Zeitraum von bis	Art der Behandlung	Name und Anschrift des Behandelnden (Arzt, Psychologe, usw.)

9. Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache Ihrer Erkrankung?

10. Dachten Sie schon einmal an Selbstmord?

nein                       ja

wann? \_\_\_\_\_

wie oft? \_\_\_\_\_

Erklären Sie bitte die näheren Umstände/Lebensereignisse:

11. Haben Sie bisher Selbstmordversuche unternommen? Welche Lebensereignisse gingen dem Selbstmordversuch voraus?

nein                       ja

wann? \_\_\_\_\_

wie oft? \_\_\_\_\_

Schildern Sie bitte die näheren Umstände bzw. vorausgehende Lebensereignisse:

### **ERWARTUNGEN und EIGENE ZIELE**

12. Für welche Probleme oder Konflikte erhoffen Sie sich durch die Behandlung bei uns eine Klärung?

13. Welche Einstellungen oder Verhaltensweisen möchten Sie während der stationären Behandlung in der Klinik **abbauen**?

14. Welche Einstellungen oder Verhaltensweisen möchten Sie während der stationären Behandlung in der Klinik **aufbauen**?

15. Was möchten Sie in der Reha in Bezug auf Ihr Erwerbsleben erreichen?

16. Was erwarten Sie sonst noch von einer Behandlung bei uns?

## **FAMILIE**

17. Angaben zur Familie:

Bitte machen Sie hier Angaben zu Eltern/Stief-/Adoptiv-/Pflegeeltern, Geschwistern/Stiefgeschwistern

	Alter	Beruf	Gesundheits- zustand	Familienstand	Falls verstorben: wann, Todesursache
Vater/ Stiefvater					
Mutter/ Stiefmutter					
Geschwister					

18. Sind Ihres Wissens nach in Ihrer Verwandtschaft die nachfolgenden Erkrankungen bzw. Beschwerden aufgetreten:

Probleme mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen, Depressionen, Schizophrenie, Straffälligkeit, Verfolgungsängste, Heimaufenthalte, Selbstmord oder -versuch, andere Verhaltensauffälligkeiten

Vater/ Stiefvater: \_\_\_\_\_

Mutter/ Stiefmutter: \_\_\_\_\_

Geschwister (welche)? \_\_\_\_\_

Andere Verwandte (welche)? \_\_\_\_\_

## **KINDHEIT UND JUGEND**

19. Was ist Ihnen über die Schwangerschaft Ihrer Mutter (als Sie mit Ihnen schwanger war), den Geburtsverlauf und Ihre eigene frühkindliche Entwicklung bekannt?

Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

Geburt: \_\_\_\_\_

Frühkindliche Entwicklung: \_\_\_\_\_

20. Kreuzen Sie bitte an, welche Schwierigkeiten in Ihrer Kindheit für Sie zutrafen:

Alpträume       Bettnässen       Daumenlutschen       Ängste: welche?

Nägelbeißen       Wutausbrüche       Stimmeln oder Stottern

andere: \_\_\_\_\_

Wie lange bestanden jeweils diese Probleme? \_\_\_\_\_

21. Sonstige Verhaltensprobleme in Ihrer Jugend (z. B. Schüchternheit, Erröten, Schulschwierigkeiten, Weglaufen...):

Wie lange bestanden diese Probleme? \_\_\_\_\_

22. Hatten Sie die Möglichkeit mit Gleichaltrigen zu spielen?

23. Gab es insgesamt in Ihrer Kindheit und Jugend Ereignisse oder Lebensumstände, die Sie als besonders belastend empfunden haben?

24. Wer war für Ihre Erziehung verantwortlich und in welchem Zeitraum?

25. Wo sind Sie bis zum Abschluss Ihrer Schulzeit aufgewachsen und wie lange?

bei leiblichen Eltern       bei Adoptiv- oder Pflegeeltern

bei der Mutter allein       bei Verwandten

bei dem Vater allein       bei Bekannten       im Heim, welchem? \_\_\_\_\_

26. Beschreiben Sie bitte die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus bzw. dort, wo Sie aufgewachsen sind:



27. Nennen Sie bitte Eigenschaften und Verhaltensweisen, die für Ihre Eltern/Stiefeltern bezeichnend sind:

Mutter/Stiefmutter	Vater/Stiefvater

28. Beschreiben Sie bitte die Beziehung zwischen Ihren Eltern:

29. Falls Trennung/Scheidung der Eltern, Ihr Alter damals:

30. Gab es häufig Streit?

- nein                       ja, aus welchen Anlässen?

31. Wie wurden solche Situationen meistens beendet?

32. Beschreiben Sie bitte das Verhältnis zwischen Ihnen und Ihren Eltern bzw. Erziehungsberechtigten:

Früher: \_\_\_\_\_

Heute: \_\_\_\_\_

33. a) Haben Sie in der Beziehung zu Ihren Eltern/Erziehungsberechtigten auch Nähe gespürt? Wie hat sich das für Sie angefühlt?

b) Wie haben Ihre Eltern/Erziehungsberechtigten reagiert, wenn Sie einen Wunsch oder ein Bedürfnis geäußert haben?

c) Wie haben Ihre Eltern/Erziehungsberechtigten reagiert, wenn Sie etwas falsch gemacht haben oder eine schlechte Note nach Hause gebracht haben?

d) Wie haben Ihre Eltern reagiert, wenn Sie traurig/wütend/ärgerlich/trotzig waren?

34. Konnten Sie Ihren Eltern bzw. Erziehungsberechtigten Geheimnisse anvertrauen?

ja, weil: \_\_\_\_\_

nein, weil: \_\_\_\_\_

35. Nennen Sie bitte Eigenschaften und Verhaltensweisen, die für Ihre Geschwister bezeichnend sind:

36. Beschreiben Sie bitte das Verhältnis zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern:

Früher: \_\_\_\_\_

Heute: \_\_\_\_\_

37. Wann sind Sie aus dem Elternhaus ausgezogen? Was war der Anlass?

### **SEXUELLE ENTWICKLUNG**

38. In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Partnerschaft?

39. Gibt es für Sie belastende sexuelle Erlebnisse (z.B. auch sexueller Mißbrauch), Ängste oder Phantasien?

Wenn ja, sollte dieses Thema in der Einzeltherapie besprochen werden?

### **PARTNERSCHAFT**

40. Haben Sie zurzeit einen Partner? Alter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

41. Wie lange sind Sie bereits mit Ihrem Partner zusammen? \_\_\_\_\_

Falls verheiratet, wann war die Eheschließung? \_\_\_\_\_

42. Geben Sie bitte an, ob, wann und wie lange früher Partnerschaften/Ehen bestanden. Aus welchen Gründen kam es zur Trennung?

Zu den folgenden Fragen 43 bis 44:

Falls Sie **momentan allein** sind, beantworten Sie bitte die Fragen **für Ihre letzte Partnerschaft!**

43. Beschreiben Sie bitte kurz die Persönlichkeit Ihres (Ehe-)Partners mit Ihren eigenen Worten:

44. Wie glücklich schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Beziehung ein?

- sehr glücklich
- glücklich
- eher glücklich
- eher unglücklich
- unglücklich
- sehr unglücklich

45. Bitte führen Sie Ihre Kinder in der zeitlichen Reihenfolge ihrer Geburt mit Namen und Alter auf und beschreiben Sie ganz kurz ihre Persönlichkeit:

Name	Alter	Persönlichkeit

46. Welches der Kinder ist aus einer früheren Ehe oder Verbindung?

47. Haben Sie besondere Schwierigkeiten mit Ihren Kindern, z. B. Erziehungsprobleme, Krankheiten?

48. Gab es in der letzten Zeit einschneidende Veränderungen im familiären Bereich oder steht die Familie unter sonstigen starken Belastungen?

49. Wie ist Ihre Wohnsituation (z.B. eigener Haushalt, bei Eltern ..., Größe des Haushaltes)?

50. Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?

### **SOZIALER BEREICH**

51. Führen Sie bitte Ihre Interessen, Hobbys, sportliche und andere Freizeitaktivitäten in der Kindheit/Jugend und heute auf:

Kindheit / Jugend	Heute

52. Was unternehmen Sie gewöhnlich an freien Wochenenden/freien Tagen?

53. Erhalten Sie in schwierigen Lebenssituationen genügend Unterstützung durch Ihre Verwandten und Ihren Freundeskreis?

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

54. Mit welchen Eigenschaften würde eine Person, die Sie gut kennt, Sie beschreiben?

55. Mit welchen Eigenschaften können Sie sich selbst beschreiben?

56. Welche Vorbilder haben Sie?

### **BEDEUTENDE LEBENSEREIGNISSE**

57. Nennen Sie die drei schlimmsten Ereignisse in Ihrem Leben:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

58. Nennen Sie die drei schönsten Ereignisse in Ihrem Leben:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

### **SCHULISCHE ENTWICKLUNG**

59. Welche Schulen haben Sie besucht?

60. Abschluss: \_\_\_\_\_

61. Haben Sie Schulklassen wiederholt? Welche?

**BERUFLICHE ENTWICKLUNG**

62. Haben Sie an einer Berufsausbildung teilgenommen?

- Lehrzeit (Dauer): \_\_\_\_\_ Jahre  abgebrochen  abgeschlossen als \_\_\_\_\_
- Anlernzeit (Dauer): \_\_\_\_\_ Jahre
- Studium (Dauer): \_\_\_\_\_ Jahre  abgebrochen  abgeschlossen als \_\_\_\_\_
  
- weitere Berufsausbildungen: \_\_\_\_\_
  
- weitere abgeschlossene Qualifikationen: \_\_\_\_\_
  
- derzeitige Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

63. Alter beim Eintritt ins Arbeitsleben: \_\_\_\_\_

64. Beruflicher Lebenslauf (bitte auch Arbeitslosigkeit und Kindererziehungszeiten angeben):

von – bis	Tätigkeitsbezeichnung /Berufsbezeichnung

65. Jetzige Beschäftigung als: \_\_\_\_\_

bei Firma, Dienststelle: \_\_\_\_\_

66. Bitte kreuzen Sie alle Merkmale an, die für Ihre berufliche Tätigkeit zutreffen:  
(falls Sie derzeit **arbeitslos** sind, beziehen sich die Aussagen auf **Ihre letzte berufliche Tätigkeit**)

Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend/hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten/Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heben/Tragen

Art der Lasten:

\_\_\_\_\_

Gewichte häufig bis \_\_\_\_\_ kg      gelegentlich bis \_\_\_\_\_ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

nein       ja, folgende: \_\_\_\_\_

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

- Ganztagsarbeit
  - Teilzeitarbeit
  - andere Arbeitszeitmodelle
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- regelmäßige Früh-/ Spätschichten
  - regelmäßige Dreischicht
  - nur Nachtschicht
  - starrer maschinengebundener Arbeitstakt
  - Einzelakkord
  - Gruppenakkord
- Beschreibung:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Äußere Einflüsse

- Kälte, Zugluft, Nässe
- Hitze
- starke Staubentwicklung
- Rauchentwicklung
- starker Lärm
- Lärmschutz muss getragen werden
- Erschütterungen/Vibrationen
- Gerüche, Gase, Dämpfe
- welche? \_\_\_\_\_
- hautreizende Stoffe
- welche? \_\_\_\_\_
- atemwegsreizende Stoffe
- welche? \_\_\_\_\_
- überwiegend im Freien
- überwiegend in Rohbauten
- überwiegend witterungsgeschützt

Berufliches Kraftfahren

- Pkw
- Lkw
- Baumaschinen/sonstige Fahrzeuge
- Personenbeförderung
- Gefahrguttransport

Sonstiges

- Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit
- Auswärts-Montage
- Mitarbeiterführung
- erhöhte Unfallgefahr
- außerordentliche Konzentration erforderlich
- lange Anfahrtszeiten \_\_\_\_\_ Min.
- keine geregelten Pausen
- überwiegend Bildschirmarbeit
- besondere Anforderungen an das Sehvermögen (z.B. Feinarbeit)

67. Sind Sie mit dem Einkommen zufrieden?

Haben Sie finanzielle Verpflichtungen (Haus, etc.)?

68. Befriedigt Sie die Arbeit, die Sie zurzeit ausführen?

ja, weil: \_\_\_\_\_  nein, weil: \_\_\_\_\_

69. Was glauben Sie, schätzen Ihre Vorgesetzten an Ihnen?

Was kritisieren diese an Ihnen?

70. Gibt es derzeit besondere Belastungen oder Probleme am Arbeitsplatz?

71. Bei welchen beruflichen Aufgaben/Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?

72. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)

nein  ja falls ja, seit: \_\_\_\_\_ wegen: \_\_\_\_\_

73. Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

nein  ja falls ja, insgesamt \_\_\_\_\_ (0 – 52 Wochen)

74. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor?

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich ...

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> in meinem Beruf weiter arbeiten kann     | <input type="checkbox"/> eine Rente beantragen werde |
| <input type="checkbox"/> in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann | <input type="checkbox"/> arbeitslos sein werde       |
| <input type="checkbox"/> eine andere Arbeit suchen will           | <input type="checkbox"/> krankgeschrieben werde      |
| <input type="checkbox"/> eine andere Arbeit suchen will           |  |
| <input type="checkbox"/> überhaupt nicht mehr arbeiten kann       | <input type="checkbox"/> ich weiß es noch nicht      |

75. Besteht derzeit ein Arbeitsverhältnis?

- ja
- nein, ich bin selbständig
- nein, das letzte Arbeitsverhältnis endete am \_\_\_\_\_

Wie kam es zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses:

- ich habe selbst gekündigt wegen \_\_\_\_\_
- der Arbeitgeber hat selbst gekündigt wegen \_\_\_\_\_
- Aufhebungsvertrag wegen \_\_\_\_\_
- Ende befristeten Arbeitsverhältnis  Sonstiges \_\_\_\_\_

76. Sind Sie in den letzten 3 Jahren arbeitslos gewesen?

nein     ja    wie viele Monate: \_\_\_\_\_

77. Beziehen Sie derzeit eine der folgenden Leistungen?

nein     ja, und zwar     Krankengeld  
 Arbeitslosengeld I  
 Arbeitslosengeld II  
 Grundsicherung

78. Liegt bei Ihnen eine Behinderung vor?

nein     ja, und zwar ein Grad der Behinderung (GdB) von \_\_\_\_\_  
 ja, und zwar eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von \_\_\_\_\_  
Grund hierfür: \_\_\_\_\_

79. Besitzen Sie einen Behindertenausweis? (evtl. beantragt?)

nein     ja

80. Beziehen Sie eine Rente?

nein     ja    wenn ja, welche Art:     Dauerrentner wegen Berufsunfähigkeit  
 Dauerrentner wegen Erwerbsunfähigkeit  
 Zeitrentner  
 Altersruhegeldempfänger  
 Hinterbliebenenrentner

81. Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?

nein     ja    wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Wie wurde darüber entschieden? \_\_\_\_\_

82. Läuft ein Antrag auf berufliche Reha?

nein     ja    wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

83. Gibt es laufende Sozialgerichtsverfahren?

nein     ja    wenn ja, Grund: \_\_\_\_\_

---

**Datum, Unterschrift**

**Jetzt haben Sie es geschafft! 83 Fragen Auseinandersetzung mit Ihrem Leben ist sicherlich mit einer großen Anstrengung verbunden.**

**Vielen Dank für Ihre aktive Mitarbeit.**