Aufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in Vorbereitung auf Ihren Rehabilitationsaufenthalt bitten wir Sie um vollständige Angaben in den Aufnahmepapieren. Ziel ist es, in den vor Ihnen stehenden Wochen Ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Aufgrund der Besonderheiten einer Klinik ist es erforderlich, über Abläufe und Regeln informiert zu sein. Wir möchten Sie deshalb bitten, die Hausordnung und allgemeine Hygieneregeln zur Kenntnis zu nehmen, um für Sie einen reibungslosen Ablauf Ihrer Rehabilitationsmaßnahme zu gewährleisten. Für Fragen und Erklärungen stehen Ihnen die Mitarbeiter der Klinik gern zur Verfügung.

Vielen Dank!

Name	**Vorname**	**Geburtsdatum**
PLZ, Ort		**Straße, Hausnummer**

Name und Anschrift Ihrer **Krankenkasse**:

Name	**PLZ, Ort**	**Straße, Hausnummer**

Bitte geben Sie einen Namen und die Kontaktdaten zu einem **nächsten Angehörigen** an:

Name	**Adresse**	**Telefon**

Werden Sie während Ihres Aufenthaltes bei uns Hilfe von unserem Pflegepersonal benötigen?

☐ ja ☐ nein

Benutzen Sie einen Rollstuhl?

☐ ja ☐ nein

Wann werden Sie aller Voraussicht nach bei uns im Hause anreisen? _____

Dokumentation Aufklärung zur Durchführung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation – Diese Seite bitte erst nach erfolgter Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt unterschreiben

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,
aufgrund der bei Ihnen im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung erhobenen sowie den vorliegenden Vorbefunden haben wir für Sie ein medizinisch angezeigtes Therapieprogramm zusammengestellt.
Wir sind um eine erfolgreiche Rehabilitation bemüht, auch Sie können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, indem Sie folgende Punkte beachten.

- **Bitte befolgen Sie stets die Anweisung der Therapeuten**. Den Vorgaben hinsichtlich der Geräteeinstellung (Gewichte, Sitzposition, …) im Trainingszentrum ist Folge zu leisten. Eigenmächtige Veränderungen können zu folgenschweren Fehlbelastungen und Problemen, insbesondere im Operationsbereich, führen. Bei Unklarheiten fragen Sie bitte Ihren behandelnden Therapeuten.
- **Vermeiden Sie Überanstrengungen und richten Sie sich nach den Trainingsempfehlungen** der Therapeuten.
- Bei **auftretenden Beschwerden/Problemen** in der Durchführung von Übungen / Therapien oder dem **Gefühl der Überanstrengung teilen Sie dies bitte sofort Ihrem Therapeuten mit!**
- Das **Betreten von Therapieräumen** ist **nur in Anwesenheit des Therapeuten** gestattet.
- Bitte tragen Sie zur Therapie **geeignete Kleidung und geeignetes** (geschlossenes) **Schuhwerk!** Dies gilt auch für Therapien im Außenbereich. Hier ist trittfestes, am Fuß gut sitzendes Schuhwerk zur Vermeidung von Stürzen notwendig. Sie tragen die Verantwortung für Ihre eigene Sicherheit.
- **Im Bewegungsbad ist besondere Vorsicht geboten!** Es ist immer mit Feuchtigkeit im Fußbodenbereich durch Abtropfen vom eigenen Körper oder vom Mitpatienten zu rechnen. Deswegen ist **langsames Gehen mit besonderer Vorsicht zur Vermeidung von Stürzen** geboten.
- **Bei winterlichen Verhältnissen** sind Patienten mit **Gehhilfen** angehalten, bei Verlassen des Hauses **Eiskrallen** an den Gehhilfen zu tragen.
- Bitte beachten Sie die hygienischen Hinweise und **nutzen Sie die aufgestellten Desinfektionsmöglichkeiten**.

Zum verordneten Rehabilitationsprogramm und den medizinischen Abläufen in der Rehaklinik „Miriquidi“ hat

Frau/ Herr **…**

mit mir ein ausführliches Aufklärungsgespräch durchgeführt. Ich bin über das geplante **Rehabilitationsprogramm** und **mögliche Risiken** der Therapie, sowie **meine Mitwirkungspflicht** umfänglich informiert worden. Ich hatte die Möglichkeit, mich über die einzelnen Therapien, Details und Risiken zu informieren.

Ich weiß, dass ich mich bei Fragen oder Problemen an den Therapeuten wenden und auch jederzeit einen Arzt konsultieren kann. Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit dem verordneten Therapieprogramm einverstanden:

Thermalbad Wiesenbad, den **…**

Unterschrift Rehabilitand _____ **Unterschrift Arzt** _____

Ihr Name, Vorname: **geb am:**

1.1 Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden:

☐

☐

☐

1.2 Wie war der bisherige Verlauf der Beschwerden?

☐

☐

☐

Fühlen Sie sich über Ihre Erkrankung aufgeklärt? ☐ ja ☐ nein ☐ teilweise

Zuletzt durchgeführte Diagnostik - wenn ja Datum angeben. Aktuelle Befunde bitte mitbringen.

☐ Röntgen ☐ MRT ☐ CT ☐ andere

Behandlungen in den letzten 12 Monaten: ☐ keine

☐ Krankengymnastik ☐ Manuelle Therapie ☐ Strom ☐ andere
☐ Massage ☐ Akupunktur ☐ Ultraschall

Letzte Rehabilitation wann, wo und welches Ergebnis: ☐ keine

☐

Benutzen Sie Heil- und Hilfsmittel: ☐ keine

☐ orthopädische Schuhe ☐ Orthese ☐ Rollstuhl ☐ Korsett
☐ Unterarmgehstützen ☐ Gehstock ☐ Elektrorollstuhl ☐ Bandage
☐ Verkürzungsausgleich ☐ Rollator ☐ andere: _____

Bitte geben Sie Ihre derzeitigen Medikamente an: ☐ keine

Medikament	Medikamentenstärke	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Da es für uns als Rehaklinik unmöglich ist, alle auf dem Markt befindlichen Medikamente vorzuhalten, bitten wir Sie, Ihre Dauermedikamente für die Zeit der Rehabilitationsmaßnahme mitzubringen, sodass die Verordnung von Ersatzpräparaten vermieden werden kann.

1.3. Vor- und Begleiterkrankungen, wenn ja seit wann?		☐ keine
neurologische Leiden	☐ Anfallsleiden	☐ Schlaganfall
Herz-/Kreislauf-Gefäßerkrankungen	☐ Bluthochdruck ☐ Herzrhythmusstörungen	☐ Thrombosen/Embolien ☐ Infarkte
Lungenerkrankungen	☐ Asthma ☐ chronische Bronchitis	
Bauchorgan-erkrankungen	☐ Leber/Galle	☐ Darm
Unterleibs-/Harnorgan-erkrankungen	☐ Niere ☐ Prostata	☐ Blase ☐ gynäkologisch
Stoffwechsel-erkrankungen	☐ Diabetes mellitus ☐ Fettstoffwechselstörung	☐ Schilddrüse ☐ Gicht
Knochen-/Gelenke-/ Wirbelsäulenerkrankungen	☐	
rheumatische Erkrankungen	☐	
psychiatrische/psychische Erkrankungen	☐ Depressionen ☐ Angststörungen	☐ Sonstige
Allergien ☐ keine	☐ ja, welche _____	
Andere	☐ Gerinnungsstörungen	☐ anerkannte Berufskrankheit

Operationen und Unfälle mit gesundheitlichen Folgen, wenn ja wann?

☐ Blinddarm-OP	☐ Gelenkspiegelung
☐ Gallen-OP	☐ Arbeitsunfall
☐ gynäkologische OP	☐ Kunstgelenk
☐ Schilddrüsen-OP	☐ Wirbelsäulen-OP
☐ andere: _____	

1.4. Allgemeinbefinden:

Schlaf	☐ gut	☐ Einschlafstörungen	☐ Durchschlafstörungen	☐ schmerzbedingt gestört
Appetit	☐ gut	☐ wenig	☐ keiner	
Wasser lassen	☐ normal	☐ häufig	☐ nachts häufig	☐ Inkontinenz
Stuhlgang	☐ normal	☐ Durchfallneigung	☐ Verstopfung	☐ Inkontinenz
Gewicht	☐ konstant	☐ Zunahme	☐ Abnahme	

Risikofaktoren (wenn möglich mit Mengenangabe):

Kaffee	☐ nie	☐ gelegentlich	☐ täglich
Nikotin	☐ nie	☐ gelegentlich	☐ täglich
Alkohol	☐ nie	☐ gelegentlich	☐ täglich
sonstige Drogen Cannabis, Amphetamine …	☐ nie	☐ gelegentlich	☐ täglich

2.1 Sozialanamnese

Sind Sie zu Hause auf Fremdhilfe angewiesen?	☐ ja	☐ nein