



Aufnahmebogen

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

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

Dosierung

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?

- | | | |
|--|--|---|
| neurologische Leiden | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| Herz-/Kreislauf-
Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Thrombosen/Embolien
<input type="checkbox"/> Infarkte |
| Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | |
| Bauchorgan-
erkrankungen | <input type="checkbox"/> Leber/Galle | <input type="checkbox"/> Darm |
| Unterleibs-/Harnorgan-
erkrankungen | <input type="checkbox"/> Niere
<input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Blase
<input type="checkbox"/> gynäkologisch |
| Stoffwechsel-
erkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüse
<input type="checkbox"/> Gicht |
| Knochen-/Gelenke-/
Wirbelsäulenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | |
| rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | |
| psychiatrische/psychische
Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Angststörungen | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| Andere | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> anerkannte Berufskrankheit |

Operationen und Unfälle mit gesundheitlichen Folgen, wenn ja wann?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blinddarm-OP | <input type="checkbox"/> Gelenkspiegelung |
| <input type="checkbox"/> Gallen-OP | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall |
| <input type="checkbox"/> gynäkologische OP | <input type="checkbox"/> Kunstgelenk |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsen - OP | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulen-OP |
| <input type="checkbox"/> andere | |

Letzte Rehabilitation wann, wo und welches Ergebnis:

1.4. Allgemeinbefinden:

- | | | | | |
|----------------------|---------------------------------|---|---|---|
| Schlaf | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> schmerzbedingt gestört |
| Appetit | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> keiner | |
| Wasser lassen | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> nachts häufig | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| Stuhlgang | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Durchfallneigung | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| Gewicht | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Zunahme | <input type="checkbox"/> Abnahme | |

Risikofaktoren (wenn möglich mit Mengenangabe):

- | | | | |
|---------------------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Kaffee | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> täglich |
| Nikotin | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> täglich |
| Alkohol | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> täglich |
| sonstige Drogen | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> täglich |
| Cannabis, Amphetamine ... | | | |