



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 Geräte-
einstellung (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 **auf tretenden 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 Fußboden-
bereich 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 **Eiskralen** an den Gehhilfen zu tragen.
- Bitte beachten Sie die hygienischen Hinweise und **nutzen Sie die aufgestellten Desinfektions-
möglichkeiten.**

**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 **Rehabilitations-
programm** 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** _____

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

Behandlungen in den letzten 12 Monaten:

nein

ja, folgende:

Krankengymnastik

Manuelle Therapie

Strom

andere

Massage

Akupunktur

Ultraschall

Benutzen Sie Hilfsmittel?

nein

ja, folgende:

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	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	<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	<input type="checkbox"/> Schlafapnoesyndrom
Bauchorganerkrankungen	<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
Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Schilddrüse, z. B. Unter-/Überfunktion <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
Allergien	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, welche:

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?:

keine
 ja, wann: wo: Ergebnis:

1.4. Risikofaktoren (wenn möglich mit Mengenangabe):

Gesamttrinkmenge pro Tag:	<input type="checkbox"/> < 1 l	<input type="checkbox"/> 1 l - 1,5 l	<input type="checkbox"/> > 1,5 l
Kaffee / schwarzer Tee (mehr als 3 Tassen / Tag)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> täglich, Menge:
Nikotin	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> täglich, Menge:
Alkohol	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> täglich, Menge:
sonstige Drogen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> täglich, Menge:

1.5. 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"/> konstant	<input type="checkbox"/> Zunahme	<input type="checkbox"/> Abnahme	

Name, Vorname:

geb. am:

2.1. Allgemeine Angaben zur sozialen Situation

Familienstand: ledig verheiratet geschieden
 verwitwet getrennt lebend Partnerschaft

Ist Ihr/-e Lebenspartner/-in berufstätig? ja nein

Wohnsituation: Mietwohnung Eigentumswohnung eigenes Haus

Wie viele Kinder haben Sie und wie viele leben noch in Ihrem Haushalt:

Anzahl/ Alter: davon im Haushalt:

Haben Sie bei Bedarf Unterstützung durch Familienangehörige/ Freunde? ja nein

Betreiben Sie regelmäßig Sport? nein ja, welcher?:

Sind Sie Mitglied einer Selbsthilfegruppe? nein ja, welche?:

Sind Sie ehrenamtlich tätig? nein ja, als:

Bestehen Belastungsfaktoren?

- im Beruf, z. B. durch Zeitdruck, Leistungsdruck, schlechtes Arbeitsklima, Konflikte mit Vorgesetzten
- durch familiäre oder private Probleme, z. B. Krankheit und Pflege von Angehörigen, finanzielle Sorgen, Verluste
- Konflikte bei der Vereinbarkeit zwischen beruflichem und privatem Leben
- sonstige Belastungsfaktoren:

.....

Welche der folgenden Angaben trifft auf Sie zu?

- ganztags berufstätig
- mindestens halbtags berufstätig
- weniger als halbtags berufstätig
- Hausfrau/-mann
- Altersrentner/-in
- arbeits-/ erwerbslos
seit wann?:
- Rentner/-in wegen Erwerbsminderung (voll)
- Rentner/-in wegen Erwerbsminderung (teil)
- aus anderen Gründen nicht erwerbstätig

Beziehen Sie Renten oder andere Sozialleistungen oder haben solche beantragt?

- nein
- ja, folgende:
 - Bezug ALG I
 - Bezug Bürgergeld
 - Krankengeld / Übergangsgeld
 - Antrag auf Altersrente, gestellt am:
 - Antrag auf Erwerbsminderungsrente, gestellt am:
 - ggf. Widerspruch eingelegt
 - Witwenrente
 - laufendes Sozialgerichtsverfahren

Ist ein Grad der Behinderung anerkannt? nein ja Höhe: Merkzeichen:

Ist ein Pflegegrad zuerkannt? nein ja Grad:

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

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
starke oder sehr starke körperliche Schmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Körperliche Schmerzen hinderten mich, ein normales Leben - Haushalt und Freizeit - zu führen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Körperliche Schmerzen hinderten mich bei meiner beruflichen Tätigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert = Summe der Einzelwerte = ...

2.2 Spezielle Angaben zu Ausbildung und Berufsleben

Schulabschluss 8.Klasse 9.Klasse 10.Klasse Abitur

Berufsausbildung

<i>Zeitraum (von - bis)</i>	<i>Berufsausbildung als</i>	<i>mit/ ohne Abschluss</i>
.....
.....

Bisher ausgeübte Tätigkeiten

<i>Zeitraum (von - bis)</i>	<i>Bezeichnung der Tätigkeit</i>	<i>beendet wegen ... (z. B. Krankheit, Kündigung)</i>
.....
.....
.....
.....

Qualifikationen/ Umschulungen

<i>Zeitraum (von - bis)</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>mit / ohne Abschluss</i>
.....
.....

Erfolgte aus gesundheitlichen Gründen: Arbeitsplatzwechsel Arbeitzeiteinschränkung Umschulung

Genauere Bezeichnung und Beschreibung der jetzigen bzw. zuletzt ausgeführten Tätigkeit:

Besteht das Arbeitsverhältnis? ja nein, wurde beendet am Warum?

Arbeitszeit - Stunden pro Woche: Schichtsystem 2 Schichten 3 Schichten

Dauer der Betriebszugehörigkeit: Jahre

Besteht betriebsärztliche Betreuung? ja nein

Ist eine betriebliche Gesundheitsförderung, z. B. ein Präventionsprogramm, vorhanden? ja nein

Welche besonderen Anforderungen werden am Arbeitsplatz an Sie gestellt?

Heben/Tragen/Bewegen von Lasten häufig bis kg gelegentlich bis kg

Sind Hebehilfsmittel vorhanden? ja nein

am PC – ca. % der Arbeitszeit ein rückengerechter Arbeitsplatz besteht

Außendienst mit km Fahrleistung pro Jahr

dabei sind gehäuft (mehr als 50% der Arbeitszeit) durchzuführen ...

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen | <input type="checkbox"/> Bücken, Hocken, Knien | <input type="checkbox"/> monotone Arbeitshaltungen |
| <input type="checkbox"/> Stehen | <input type="checkbox"/> Zwangshaltungen | <input type="checkbox"/> Überkopftätigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe | <input type="checkbox"/> Arbeiten auf Leitern und Gerüsten |
| <input type="checkbox"/> sonstige | | |

Der Arbeitsweg für eine einfache Fahrt beträgt km und wird zurückgelegt per:

Name, Vorname:

geb. am:

Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor?

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

- ... in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann.
- ... in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann.
- ... eine andere Arbeit suchen will.
- ... überhaupt nicht mehr arbeiten kann.
- ... eine Rente beantragen/ bekommen werde.
- ... arbeitslos sein werde.
- ... krankgeschrieben werde.
- Ich weiß es noch nicht.

Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten 12 Monate vor Rehabilitationsbeginn:

- keine
- ja, folgende:

Zeitraum / Dauer

Diagnose

.....
.....
.....
.....

Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?

nein

ja

Wie stark sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in Ihrer Arbeit oder Ihren beruflichen Aktivitäten beeinträchtigt?

keine Beeinträchtigung

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

völlige Beeinträchtigung

2.3. Beschreiben Sie Ihre konkreten Einschränkungen in Freizeit und Beruf

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nervosität, Ängstlichkeit, Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
nicht in der Lage, Ihr Grübeln zu unterbrechen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert = Summe der Einzelwerte = ...

Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Man wird hier endlich Zeit für mich haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlastung wird mir durch psychologische Betreuung angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Rehabilitation trägt zu einer Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche persönlichen Erwartungen und Ziele verbinden Sie mit dieser Reha-Maßnahme?

.....

.....

.....

.....

.....

.....