



Aufnahmebogen

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

in Vorbereitung auf Ihre Präventionsmaßnahme bitten wir Sie um vollständige Angaben in den Aufnahmepapieren. Ziel ist es, in der vor Ihnen liegenden Zeit 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 Präventionsmaßnahme 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

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

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

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,
wir sind um eine erfolgreiche Präventionsmaßnahme 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 **Betretten 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 **Eiskralen** an den Gehhilfen zu tragen.
- Bitte beachten Sie die hygienischen Hinweise und **nutzen Sie die aufgestellten Desinfektionsmöglichkeiten.**

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

Frau/ Herr ...

mit mir ein ausführliches Aufklärungsgespräch durchgeführt. Ich bin über das geplante **Präventionsprogramm** 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 Teilnehmer _____

Unterschrift Arzt _____

Name, Vorname:

geb. am:

1.1. Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden oder Funktionsstörungen und deren bisherigen Verlauf:

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

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.

1.2. Vor- und Begleiterkrankungen, wenn ja seit wann? keine

- neurologische Leiden Anfallsleiden (Epilepsie) Schlaganfall
- Herz-/Kreislauf-Gefäßerkrankungen Bluthochdruck Thrombosen/Embolien
 Herzrhythmusstörungen Infarkte
- Lungenerkrankungen Asthma Schlafapnoesyndrom
 chronische Bronchitis
- Bauchorganerkrankungen Leber / Galle Darm
- Unterleibs-/Harnorgan-erkrankungen Niere Blase
 Prostata gynäkologisch
- Stoffwechselerkrankungen Diabetes mellitus Schilddrüse, z. B. Unter-/Überfunktion
 Fettstoffwechselstörung Gicht
 Osteoporose
- Knochen-/Gelenke-/Wirbelsäulenerkrankungen
- rheumatische Erkrankungen
- psychiatrische/psychische Erkrankungen Depressionen sonstige
 Angststörungen
- Andere Gerinnungsstörungen anerkannte Berufskrankheit
- Allergien / Unverträglichkeiten keine ja, welche:

Operationen und Unfälle mit gesundheitlichen Folgen, wenn ja wann?

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

1.3. 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 | |

1.4. Risikofaktoren (wenn möglich mit Mengenangabe):

- | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|--|
| Gesamtrinkmenge 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: |

2.1. Sozialanamnese

- Familienstand:**
- Kinder:** nein ja, wie viele?: davon noch im Haushalt:
- Grad der Behinderung:** ggf. Merkzeichen:
- Betreiben Sie regelmäßig Sport?** nein ja, welcher?:
- Sind Sie Mitglied einer Selbsthilfegruppe?:** nein ja, welche?:
- Sind Sie ehrenamtlich tätig?:** nein ja, als:

2.2. Spezielle Angaben zum Berufsleben

Genau 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

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:

3. Welche Ziele und Erwartungen haben Sie für Ihre Präventionsmaßnahme?

.....
.....