



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

Handynummer

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Name und Anschrift Ihrer **Krankenkasse:**

Name

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Versicherungsnummer Krankenkasse

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 angezeigt 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 folgeschweren 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 **langsameres 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 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 _____

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 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

☐ ja, wann: wo: Ergebnis:

Benutzen Sie Hilfsmittel? ☐ keine

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

Bitte geben Sie Ihre derzeitigen Medikamente an: ☐ keine

Medikamentenplan bitte vorlegen/ beifügen, wenn Medikamente eingenommen werden.

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

Haben Sie einliegende Implantate?

☐ keine
 ☐ Herzschrittmacher/ Defibrillator
 ☐ Metallimplantate an Knochen oder Kunstgelenke

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. Risikofaktoren (wenn möglich mit Mengenangabe):

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

1.5. 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	

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? ☐ keine

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

Beziehen Sie Renten oder andere Sozialleistungen oder haben solche beantragt?

☐ nein

☐ ja, folgende:

- ☐ Bezug ALG I ☐ Antrag auf Altersrente, gestellt am: ☐ Witwenrente
☐ Bezug Bürgergeld ☐ Antrag auf Erwerbsminderungsrente, gestellt am: ☐ laufendes
☐ Krankengeld / Übergangsgeld ☐ ggf. Widerspruch eingelegt 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	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Körperliche Schmerzen hinderten mich, ein normales Leben - Haushalt und Freizeit - zu führen.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Körperliche Schmerzen hinderten mich bei meiner beruflichen Tätigkeit.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Gesamtwert = Summe der Einzelwerte = ...

2.2 Spezielle Angaben zu Ausbildung und Berufsleben

Schulabschluss ☐ 8.Klasse ☐ 9.Klasse ☐ 10.Klasse ☐ Abitur

Berufsausbildung

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

Bisher ausgeübte Tätigkeiten

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

Qualifikationen/ Umschulungen

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

Erfolgte aus gesundheitlichen Gründen: ☐ Arbeitsplatzwechsel ☐ Arbeitszeiteinschränkung ☐ Umschulung

Genaue 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 ...

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Treppensteigen | ☐ Bücken, Hocken, Knien | ☐ monotone Arbeitshaltungen |
| ☐ Stehen | ☐ Zwangshaltungen | ☐ Überkopftätigkeiten |
| ☐ Gehen | ☐ Kälte, Zugluft, Nässe | ☐ Arbeiten auf Leitern und Gerüsten |
| ☐ 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. | ☐ ... eine Rente beantragen/ bekommen werde. |
| ☐ ... in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann. | ☐ ... arbeitslos sein werde. |
| ☐ ... eine andere Arbeit suchen will. | ☐ ... krankgeschrieben werde. |
| ☐ ... überhaupt nicht mehr arbeiten kann. | ☐ Ich weiß es noch nicht. |

Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten 12 Monate vor Rehabilitationsbeginn:

- ☐ keine
☐ ja, folgende:

Dauer (als Tage- bzw. Wochenangabe)

Diagnose

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

Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?

☐ nein

☐ ja, wegen

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	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Nervosität, Ängstlichkeit, Gereiztheit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
nicht in der Lage, Ihr Grübeln zu unterbrechen oder zu kontrollieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Gesamtwert = Summe der Einzelwerte = ...

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aufnahmebogen ausgefüllt am