

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

um Ihnen den Aufenthalt bei uns vom ersten Tag möglichst effizient und zugleich zielgerichtet gestalten zu können, wollen wir gut vorbereitet sein. Ihre Angaben zu nachfolgenden Fragen dienen als Grundlage für die Aufnahme und eine an Ihren individuellen Problemen orientierte Behandlung in unserer Einrichtung. Sie helfen uns, wenn Sie uns den Fragebogen vor der Anreise zusenden. Sollte dies nicht möglich sein, bitten wir Sie, ihn bei der Anreise mitzubringen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden Bestandteil Ihrer Krankenakte.

Wir wünschen eine gute Anreise und freuen uns, Sie durch Ihren Aufenthalt begleiten zu dürfen!

1. Angaben zur Person

Name, Vorname	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer	
Name, Telefonnummer von Angehörigen (auch für Notfälle)	

2. Ihre behandelnden Ärzte

.....

.....

3. Wer hat den Reha-Aufenthalt veranlasst?

- Akut-Klinik (AHB) DRV Krankenkasse Berufsgenossenschaft
 Hausarzt Facharzt Agentur für Arbeit

Sonstige:.....

4. Fragen zur Gesundheit

4.1. Jetzige Beschwerden und Einschränkungen, was ist aktuell von Bedeutung?

.....

.....

.....

.....

4.2. Welche Probleme ergeben sich daraus für Sie?

Im Alltag: keine ja, bei:

.....

.....

.....

.....

5. Ihre Wohn- und Lebenssituation

5.1. Wohnsituation:

- Einpersonenhaushalt Mehrpersonenhaushalt Betreutes Wohnen

5.2. Familienstand:

5.3. Kinder:.....

5.4. Häusliche Situation/Belastungsfaktoren:

- keine Besonderheiten zusätzliche Belastungen durch:

5.5. Häusliche Unterstützungsfaktoren:

- selbständige Lebensführung familiärer Unterstützung externer Unterstützung

5.6. Teilhabe am sozialen, Gemeinschafts-/Familienleben:

- nicht beeinträchtigt leicht beeinträchtigt unterstütz möglich nicht möglich

5.7. Gestaltung von Erholung/Freizeit:

- nicht beeinträchtigt leicht beeinträchtigt unterstütz möglich nicht möglich

5.8. Regelmäßige körperliche Aktivitäten (z.B. Spaziergänge, Joggen etc.) oder Hobbys?

- keine ja:

6. Risikofaktoren (Bitte kreuzen Sie nur auf Sie zutreffendes an)

- erhöhter Blutdruck, seit erhöhter Blutzucker (Diabetes), seit

- Vorhofflimmern, seit erhöhte Blutfette (Cholesterin), seit

- Alkoholkonsum: täglich gelegentlich nie

- Nikotinkonsum: täglich, wie viele?: gelegentlich nie

- Bewegungsmangel: ja nein

7. Formales

9.1. Soziale Sicherung, durch:

- eigene Erwerbstätigkeit (Ehe-)Partner Altersrente Krankengeld
 Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II Sozialleistung

9.2. Rentenantrag

- nein geplant gestellt, lfd. seit: abgelehnt

9.3. Grad der Behinderung (GdB)

- kein GdB beantragt vorhanden, GdB von bis (Jahr)
 laufendes Antragsverfahren laufendes Widerspruchsverfahren

9.4. Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

- kein MdE vorhanden, MdE von % Bezug von Verletztenrente

8. Aktueller Hilfsbedarf bei Alltagsaktivitäten

- Körperpflege An-/Ausziehen Aufstehen Gehen Essen/Trinken
 Ausscheidung Einkaufen Kochen Putzen
 Ich brauche keine Hilfe bei Alltagsaktivitäten

9. Benötigte Hilfsmittel

- Inkontinenzvorlagen (_____ Stck./Tag) Inkontinenzslip (_____ Stck./Tag)
 Stomaversorgung Gehstützen Rollator Rollstuhl Hörgeräte
 Kompressionsstrümpfe sonstiges:

10. Ihre aktuelle Medikation (Bitte für 4 Wochen mitbringen)

Medikament	bei Bedarf	morgens	mittags	abends
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Weitere aktuelle Therapien (z.B. Lymphdrainage, Physiotherapie), was und wie oft?

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift Rehabilitand/in

Vielen Dank für Ihre Bemühungen

Bitte senden Sie die „Selbstauskunft Rehabilitation“ vor Ihrer Anreise ausgefüllt an:

Postanschrift: **Klinik Bad Trissl GmbH**
 Station 4 Reha
 Bad-Trissl-Str.73
83080 Oberaudorf

E-Mail: Station4@klinik-bad-trissl.de

Fax: +49 (0) 80 33 / 20-414