

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 / 20-415