

Bitte helfen Sie uns, indem Sie die folgenden Fragen vollständig beantworten und diesen Bogen **14 Tage vor der Anreise zurückschicken.**

Ankunft in der Klinik am _____ um _____ Uhr

mit öffentl. Verkehrsmitteln PKW _____

Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

PLZ/Ort: _____ Straße/Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____ Mobil: _____

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Ich erkläre mich unter dem Vorbehalt des jederzeitig möglichen schriftlichen Widerrufs damit einverstanden, zukünftig von der Ostseeklinik Schönberg-Holm schriftliches Informationsmaterial (auch per E-Mail) zu erhalten.

Datum/Unterschrift

Teilnahme am Disease-Management-Programm der Krankenkassen?

Nein Ja, an welchem _____

Im Notfall zu informierende Person:

Name: _____ Tel.-Nr.: _____

Ärzte

| Name | Adresse | Fachrichtung | Telefon |
|------|---------|---------------------------|---------|
| | | Hausarzt / -ärztin | |
| | | Facharzt / -ärztin | |
| | | Facharzt / -ärztin | |

Gesetzlicher Betreuer?

Ja Nein

| Name | Adresse | Telefon |
|------|---------|---------|
| | | E-Mail |

Wenn ja, bitte Betreuerurkunde vorlegen.

Für die Rehabilitation maßgebliche Erkrankung/Hauptdiagnose

Bitte schildern Sie kurz wie Ihre Erkrankung bisher verlaufen ist (auch Diagnostik und Therapie)

Weitere Erkrankungen

| Jahr der Diagnose | Erkrankungen/Operationen | Welche Therapie erfolgte? Medikamente? |
|-------------------|--------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2)

Ja

Nein

Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyzeride)

Ja

Nein

Bluthochdruck

Ja

Nein

Haben Sie psychologische Probleme?

Ja

Nein

Sind Sie psychologisch behandelt worden?

Ja

Nein

Waren Sie deshalb schon einmal länger krankgeschrieben?

Ja

Nein

Nähere Angaben zur psychologischen Erkrankung (freiwillig):

Soziales Umfeld

Single/alleinlebend

Partnerschaft

verheiratet

verwitwet

geschieden

Wieviele Kinder haben Sie? _____

Wieviele Kinder leben mit in Ihrem Haushalt? _____

Wohnsituation: Haus oder Wohnung

Bei Wohnung: Welche **Etage?** _____ **Lift?** Ja Nein Anzahl der Stufen: _____

Haben Sie **familiäre Belastungen?** Wenn ja, welche?

Womit verbringen Sie Ihre **Freizeit?** Hobbies/Sportart (Häufigkeit):

Gibt es derzeit laufende **Verfahren am Sozialgericht?** Ja Nein

Wenn ja, weswegen? _____

Ist eine **Behinderung** bei Ihnen nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannt/beantragt? Ja Nein

Wenn ja, welcher **Grad?** _____ **Merkzeichen?** _____ Schwerbehindertenausweis Nr. _____

Ausstellungsort/Datum _____ ausgestellt durch _____

Beziehen Sie aktuell **Rente?** Ja Nein beantragt

Wenn ja, seit wann? _____ **Welche Art** Rente? _____

Haben Sie **sonstige Leistungen** z. B. Umschulungen o. ä. beantragt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Vegetative Körperfunktionen

Körpergröße _____ cm und aktuelles Körpergewicht _____ kg (Pflichtangabe)

Die Klinikeinrichtung ist nur für Personen bis 130 kg geeignet, wir bitten um Beachtung.

Hat sich Ihr Körpergewicht in letzter Zeit verändert? Ja Nein

Wenn ja, _____ kg Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme in welchem Zeitraum _____

Wie ist Ihr Appetit? gut mäßig schlecht

Haben Sie eine Schlafstörung? Keine beim Einschlafen beim Durchschlafen

Schnarchen Sie? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Schlafapnoe festgestellt? Ja Nein

Wie ist Ihre Verdauung/Stuhlgang? regelmäßig Verstopfung Durchfall

Können Sie problemlos Wasserlassen? Ja Nein

Müssen Sie in der Nacht Wasserlassen? Ja Nein Wenn ja, wie häufig? _____ mal pro Nacht

Schwitzen Sie auffällig stark? Ja Nein

Allergien/Unverträglichkeiten

Welche Medikamente vertragen Sie nicht? _____

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht? _____

Welche Allergien bestehen außerdem noch? _____

Welche Risikofaktoren bestehen für Ihre Gesundheit?

Rauchen Sie zum aktuellen Zeitpunkt? Ja Nein wenn ja, seit wann? _____

Haben Sie jemals geraucht? Ja _____ Jahre Nein wenn ja, seit nicht mehr? _____

Wieviele Zigaretten rauchen Sie oder haben Sie im Durchschnitt pro Tag geraucht? _____

Trinken Sie Alkohol? nie gelegentlich regelmäßig täglich

Wenn ja, was und wieviel trinken Sie? _____

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Bitte in Stichpunkten aufzählen.

| Beschwerden | dadurch bedingte Einschränkungen |
|-------------|----------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Haben Sie Probleme mit der Verarbeitung Ihrer Erkrankung? Ja Nein

Bitte beschreiben Sie in kurzen Worten, was Sie bedrückt:

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Bitte fügen Sie dringend den bundeseinheitlichen Medikamentenplan bei.
Sie erhalten diesen von Ihrem behandelnden Arzt.

Arbeit und Beruf

Welchen Schulabschluss haben Sie gemacht und wann? _____

Beruflicher Werdegang mit Zeitangaben

| Ausbildung/jetzigte Tätigkeit | von – bis |
|-------------------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Kurze Beschreibung der Arbeitsabläufe Ihrer aktuellen Tätigkeit: _____

Ich verrichte körperlich

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> schwere | <input type="checkbox"/> mittelschwere | <input type="checkbox"/> leichte Arbeiten |
| <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> gelegentlich | im Stehen |
| <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> gelegentlich | im Gehen |
| | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> gelegentlich | im Sitzen |

Arbeitsorganisation:

| | | | |
|---------------------------------------|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ganztags | <input type="checkbox"/> halbtags | <input type="checkbox"/> _____ Stunden pro Woche | |
| <input type="checkbox"/> Tagesschicht | <input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht | <input type="checkbox"/> Nachtschicht | <input type="checkbox"/> Akkord |

Dabei arbeite ich:

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ständig | mit Anforderungen an Konzentration und Reaktionsgeschwindigkeit am Bildschirm mit Publikumsverkehr im Hocken oder Knien in Zwangshaltungen (z. B.: Überkopfarbeiten, gebeugt etc.) mit Heben/Tragen bis zu _____ kg mit Körpererschütterungen im Freien mit Belastungen der Haut mit Belastungen der Atemwege durch Gase, Stäube oder Dämpfe |
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ständig | |
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ständig | |
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ständig | |
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ständig | |
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ständig | |
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ständig | |
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ständig | |
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ständig | |
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ständig | |

Dabei bestehen dauernde Einflüsse durch:

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hitze | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Nässe | <input type="checkbox"/> Zugluft | <input type="checkbox"/> starke Temperaturschwankungen | <input type="checkbox"/> Lärm |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|

Gibt es **Probleme am Arbeitsplatz?** Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie und in welcher Zeit **erreichen** Sie Ihren **Arbeitsplatz?** _____

Betriebsärztliche Betreuung? Ja Nein

Krankschreibungen der letzten 12 Monate

| von – bis | Wegen welcher Erkrankung? |
|-----------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Sind Sie **aktuell krankgeschrieben?** Nein Ja seit: _____ Grund: _____

Wurden Sie von Krankenkasse/Arbeitsamt zur Beantragung einer **med. Reha aufgefordert?** Nein Ja

Sind Sie zurzeit **arbeitssuchend/arbeitslos?** Nein Ja seit wann: _____

Wie wird Ihr **Lebensunterhalt** gesichert?

| | | | |
|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gehalt | <input type="checkbox"/> Krankengeld | <input type="checkbox"/> ALG I | <input type="checkbox"/> ALG I wg. Nahtlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Bürgergeld | <input type="checkbox"/> Grundsicherung | <input type="checkbox"/> Altersrente | <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | | |

Vielen Dank für Ihre Mühe. Wir freuen uns auf Sie. Ihre Ostseeklinik