## Reha - Fragebogen - vor Reha Antritt -

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen gewissenhaft aus, unterschrieben ihn und senden ihn per E-Mail oder per Post schnellstmöglich an uns zurück.
Falls Sie Dokumente beifügen möchten, senden Sie uns diese ebenfalls gerne per E-Mail zu an aufnahme@gelderlandklinik.de

*Vielen Dank,*
*Die Klinikleitung*

**Name, Vorname**

**Geburtsname** **Geb.-Datum**

**Straße, PLZ + Wohnort** (falls abweichend von Kostenzusage)

**Telefon Nr.**
**Mobil Nr.**
**E-Mail-Adresse**

**Familienstand**
- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ geschieden
- ☐ getrennt lebend
- ☐ verwitwet

**Ich bin aktuell**
- ☐ **arbeitsfähig**
- ☐ **arbeitsunfähig**
  - ☐ weniger als 3 Monate
  - ☐ 3 bis 6 Monate
  - ☐ länger als 6 Monate

**Hausärzt*in** (ggfs. Psychiater*in)
Name, Anschrift

**Gesetzliche Krankenkasse**
Name, Anschrift

Fax-Nr. der KK (wichtig bei Arbeitsunfähigkeit)

**Haben Sie einen Pflegegrad?**

- ☐ nein
- ☐ ja, Grad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

**Liegt ein Grad der Behinderung vor?**
entsprechend Schwerbehindertengesetz-GdB

☐ nein ☐ ja, in Höhe von % 

**Liegt eine gesetzliche Betreuung vor?**

☐ nein ☐ ja, und zwar für:
- ☐ Gesundheitssorge
- ☐ Vermögenssorge
- ☐ Behördenangelegenheiten
- ☐ Andere

*Bitte bringen Sie die Urkunde mit zur Aufnahme oder senden uns zu per E-Mail!*

**Für den Notfall geben Sie bitte Name und Telefon eines Angehörigen an:**

**Ihre Größe** cm **Ihr Gewicht** kg

| | |
|---|---|
| 1.1. | **Beschreiben Sie stichwortartig Ihre aktuellen körperlichen Beschwerden:** |
| | **Beschreiben Sie stichwortartig Ihre aktuellen psychischen / seelischen Beschwerden:** |
| | **Mit welchen dieser Probleme und Belastungen haben Sie zurzeit zu kämpfen?**<br>☐ Konzentrationsprobleme<br>☐ Grübeln/ Gedankenkreisen<br>☐ Entscheidungsunfähigkeit<br>☐ Dissoziationen/ dissoziatives Erleben<br>☐ Panikattacken<br>☐ Massive Anspannungszustände<br>☐ Sozialer Rückzug/ Vereinsamung<br>☐ Selbstverletzungen<br><br>☐ Erfahrungen körperlicher Gewalt<br>☐ Erfahrungen sexualisierter Gewalt<br>☐ Erfahrungen von Vernachlässigung |
| | **Wie wirken sich Ihre Beschwerden und Probleme in Ihrem Alltag und Beruf aus? Ergeben sich daraus besondere Einschränkungen?** |
| 1.1 | **Gab es im Vorfeld bereits Untersuchungen?** (z.B. Magenspiegelung, CT, MRT, etc.)<br>☐ nein<br>☐ ja, und zwar |
| 1.3 | **Welche *Reha-relevanten* Vorerkrankungen liegen bei Ihnen vor?** |

| | | |
|---|---|---|
| 1.3 | **Haben Sie schon früher psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung wahrgenommen oder sind Sie aktuell in psychotherapeutischer Behandlung?**<br>☐nein ☐ja, und zwar:<br><br>☐ambulante PT: Zeiträume:<br>Anzahl an Gesprächen ca.:<br><br>☐Tagesklinik: Zeiträume:<br><br>☐stationäre Psychiatrie/Psychosomatik: Zeiträume:<br>*Bitte bringen Sie Ihre Entlassungsberichte mit zur Aufnahme!* | |
| | **Gab es in den letzten drei Jahren wichtige stationäre Krankenhausaufenthalte oder Operationen?**<br>☐nein ☐ja, und zwar: (bitte Fachrichtung angeben)<br><br>*Bitte bringen Sie Ihre Entlassungsberichte mit zur Aufnahme!* | |
| | **Waren Sie in den letzten 10 Jahren schon einmal in einer Reha-Klinik?**<br>☐nein ☐ja, und zwar: (bitte Fachrichtung und Jahr angeben)<br><br>*Bitte bringen Sie Ihre Entlassungsberichte mit zur Aufnahme!* | |
| 1.3 Risiko | **Rauchen Sie?**<br>☐nein<br>☐nicht mehr seit Jahren<br><br>☐ja, ca. Zigaretten pro Tag | **Trinken Sie Alkohol?**<br>☐nein<br>☐nicht mehr seit Jahren<br><br>☐nur zu besonderen Anlässen<br>☐regelmäßig ca. wie häufig tgl. |
| | **Nehmen Sie Drogen?**<br>☐nein<br>☐nicht mehr seit Jahren<br>☐ja, welche? | **Nehmen Sie medizinisches Cannabis?**<br>☐nein<br>☐ja, es wird mir verschrieben gegen |
| | **Leiden Sie unter Allergien?**<br>☐Allergie Hausstaub<br>☐Allergie Hundehaare<br>☐Medikamente:<br>☐Lebensmittelallergien:<br>☐weitere Unverträglichkeiten:<br>☐sonstige Allergien:<br>*Bitte bringen Sie Ihren Allergiepass mit!* | |
| | **Hatten Sie starke Gewichtsveränderungen in den letzten Monaten?**<br><br>☐nein ☐ja, um ca. +/- kg | |
| | **Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?** | **Haben Sie Probleme beim Stuhlgang?** |

| | | |
|---|---|---|
| | ☐ nein<br>☐ Harnverhalt<br>☐ Inkontinenz<br>☐ Wie oft Sie gehen Sie nachts auf Toilette?<br>ca. mal | ☐ nein<br>☐ Inkontinenz<br>☐ Durchfall<br>☐ Verstopfung |
| 1.5 | **Wie viel Liter Flüssigkeit trinken Sie insgesamt pro Tag?** ca. Liter pro Tag | |
| | **Wie ist Ihr Appetit?**<br>☐ verringert<br>☐ normal<br>☐ gesteigert | **Leiden Sie unter chronischen Schmerzen?**<br>☐ Kopfschmerzen<br>☐ Rückenschmerzen<br>☐ Fibromyalgie<br>☐ andere |
| | **Leiden Sie unter Schlafstörungen?**<br>☐ Einschlafstörungen<br>☐ Durchschlafstörungen<br>☐ Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?<br>ca. Stunden pro Nacht | **Leiden Sie unter…?**<br>☐ Übelkeit<br>☐ Erbrechen<br>☐ Übermäßiges Schwitzen<br>☐ Wassereinlagerungen<br>☐ Luftnot |
| 1.5 | **Weitere medizinische *Reha-relevante* Informationen** | |

| **Ihre derzeitigen Medikamente** | | morgens | mittags | abends | nachts |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Bitte bringen Sie am Aufnahmetag auf jeden Fall* Ihren aktuellen Medikamentenplan mit!** | | | | | |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |

**Konnten Sie den Fragebogen selbst ausfüllen oder benötigten Sie hierzu Unterstützung?**

☐ Ich habe selbst ausgefüllt.
☐ Ich hatte Hilfe beim Ausfüllen.
☐ Eine andere Person hat für mich ausgefüllt.

**Hinweis**
Bitte beachten Sie, dass für die Reha-Maßnahme ausreichend gute Deutschkenntnisse eine wichtige Voraussetzung ist.

***Datum, Ihre Unterschrift***