

pro medik

Reha + Prävention

Krankenhausstraße 38–40 50354 Hürth

Telefon: 02233 39690 Fax: 02233 396969

Homepage: www.promedik.de E-Mail: huerth@promedik.de

Name, Vorname: Geburtstag:

Adresse:

Telefon: Fax: Mail:

Kostenträger: Einweisender Arzt:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Einrichtung begrüßen zu dürfen.

Dieser Fragebogen soll unseren Ärzten zur Vorbereitung der Aufnahmeuntersuchung dienen. Füllen Sie ihn deshalb bitte **möglichst vollständig** aus. Sie können ihn vorab an uns übersenden, legen Sie ihn bitte auf jeden Fall spätestens zur Aufnahmeuntersuchung vor. Außerdem sollten Sie **aktuelle** Röntgenbilder (keine CDs), Kopien von Untersuchungs- und Laborbefunden, Medikamenten und bitte Ihre Hilfsmittel (z.B. Unterarmstützen, Schuheinlagen etc.) mitbringen. Alle von Ihnen gemachten Angaben auf diesem Fragebogen werden Bestandteil der Krankenakte und unterliegen somit der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Vorschriften zum Umgang mit personenbezogenen Daten.

Aufenthalt im Rehasentrum pro medik vom bis

Nehmen Sie am Disease Management Programm teil? Ja Nein

Name, Anschrift, Telefon der nächsten Angehörigen:

Krankenkasse mit Anschrift / Versicherungsnummer:

1. Allgemeine Vorgeschichte:

Bitte tragen Sie zunächst wichtige Erkrankungen (z.B. Zucker / Krebs / Thrombose / Herzinfarkt) bzw. Todesursachen Angehöriger ein.

Mutter:

Vater:

Geschwister:

Gewicht	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> Abnahme: von.....kg	<input type="checkbox"/> Zunahme: vonkg (im letzten Jahr)
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Durchfall
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Blasenschwäche	<input type="checkbox"/> nachts:x
Schlaf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Einschlafstörung	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen
Halten Sie eine Diät ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja.....	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja.....Zigaretten/Tag	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja.....(Menge; Wein, Bier, Schnaps)	
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja.....	
Üben Sie regelmäßig Sport aus?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja.....(Häufigkeit/Woche)	

2. Eigene Krankheitsgeschichte:

a) Vorerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Rheuma; seit wann):

b) Bisherige Operationen (welche, wann), z.B. Mandeln, Blinddarm, Bandscheiben :

c) Derzeitige Erkrankung (welche, Jahr der Krankheitsfeststellung) und Beschwerden und seit wann:

d) Aktuelle Beschwerden (welche, wann):

e) Akutelle Diagnose/ggf. Operation:

pro medik

Reha + Prävention

Krankenhausstraße 38–40 50354 Hürth
Telefon: 02233 39690 Fax: 02233 396969
Homepage: www.promedik.de E-Mail: huerth@promedik.de

3. Therapie

Name, Straße, PLZ und Ort des Hausarztes:

Name, Straße, PLZ und Ort des Orthopäden:

Bisherige Rehabilitationsaufenthalte (wann und wo):

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

	Präparat / Dosis	morgens	mittags	abends	nachts
Beispiel	50 mg Tabl.	1	0	1	0

4. Soziale / familiäre Situation

Häusliche Situation: alleinstehend verwitwet verheiratet geschieden

Anzahl und Alter der Kinder: davon im Haushalt lebend:

Brauchen Sie Hilfe beim Anziehen Essen Benutzen der Toilette Waschen?

Grad der Behinderung(GdB) wegen.....

Hobbies:

Führerscheinklasse:

5. Berufliche Situation (Berufstätige bitte alle Punkte ausfüllen)

Rentner/in

Derzeit: arbeitsfähig arbeitslos

Vorruhestand

arbeitsunfähig (krankgeschrieben) seit:.....20.....

Rentenanspruch am.....20.....

Schulabschluss:.....

Erlerner Beruf:.....Ausgeübter Beruf:.....seit 19.....

Arbeitsplatz: Größe des Betriebes: ca.....Mitarbeiter

Anfahrtsweg:.....km

Welche Belastungen sind an Ihrem Arbeitsplatz gegeben?

Überwiegend:

Sitzen

Stehen

Gehen

Häufig:

Bücken

Heben

Tragen bis kg

Arbeitsschwere:

leicht

mittel

schwer

Besondere Belastungen:

Schichtarbeit

Akkord

Innentätigkeit

Außentätigkeit

Chemikalien

Dämpfe

Stau

Nässe

Sonstiges:.....

Vollzeitbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt:Stunden/Woche

6. Allgemeines Befinden

Körpergröße: cm Gewicht:kg

In welchem Bereich gibt es evtl. belastende Lebenssachverhalte, die Ihre Rehabilitation beeinträchtigen könnten?

Aufgabenbewältigung / seelisches Wohlbefinden / Schlaf

Familie / Verwandte / Partnerschaft

Beruf / Kollegen / Vorgesetzte

Freizeit/Freundeskreis/Nachbarschaft

Wirtschaftliche Soziale Absicherung / Sonstiges