



Fragebogen zu Ihrer ärztlichen Aufnahmeuntersuchung

Bitte helfen Sie uns, indem Sie die folgenden Fragen vollständig beantworten und diesen Bogen **spätestens 10 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: _____

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	

Was sind Ihre Erwartungen an die Reha? _____

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 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

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

Womit verbringen Sie Ihre **Freizeit** (Hobbies)?

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?** _____ **Merkmale?** _____

Schwerbehindertenausweis Nummer _____ Ausstellungsort/Datum _____

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? _____

Arbeit und Beruf

Welchen **Schulabschluss** haben Sie gemacht und wann? _____

Beruflicher Werdegang mit Zeitangaben

Ausbildung/jetzig 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 Monat/Woche/Tag
<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	am Bildschirm mit Anforderungen an Konzentration und Reaktionsgeschwindigkeit 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	
<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: _____

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

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