

Anamnesefragebogen

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____
Straße: _____ Nr.: _____
Telefon-Festnetz: _____ Telefon-mobil: _____
Krankenkasse: _____ Rentenversicherungs-Nr.: _____

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?

Name, Vorname: _____
Telefon-Festnetz: _____ Telefon-mobil: _____

Wer kann/soll im Notfall in Ihre Wohnung/Ihr Haus?

Name, Vorname: _____
Telefon-Festnetz: _____ Telefon-mobil: _____

Ich entbinde die Mitarbeiter der REHA am Kreuz im Notfall von der Schweigepflicht gegenüber den o.g. Personen.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in Kürze beginnen Sie in unserer REHA am Kreuz in Erfurt eine ganztägig ambulante Rehabilitation. Ihre individuelle Vorgeschichte ist für die Behandlung und den am Ende der Rehabilitationsmaßnahme zu erstellenden Arztbericht von großer Bedeutung.

Um den Aufnahmetag zu vereinfachen und längeren Wartezeiten vorzubeugen, bitten wir Sie daher um die nachfolgenden persönlichen Angaben auf freiwilliger Basis. Wir bitten Sie insbesondere die Fragen bezüglich der Berufs- und Arbeitsanamnese sowie den am Ende befindlichen SIMBO-Fragebogen ausführlich zu beantworten.

Die medizinische Rehabilitation in unserer Einrichtung umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen und Behandeln einer Krankheit/Verletzung hinaus, die wechselseitigen Beziehungen zwischen Ihren Gesundheitsproblemen und den Umweltfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erreichen. Als Rehabilitationseinrichtung haben wir gegenüber dem Kostenträger, in Ihrem Fall der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV), einen Rehabilitationsauftrag zu erfüllen, der auf die Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zielt (§9 SGB VI). Deshalb spielt gerade die Berufs- und Arbeitsplatzanamnese eine sehr große Rolle, um frühzeitig mögliche berufliche Problemlagen erkennen zu können. Mit unserem ganzheitlichen Konzept für eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) möchten wir Ihnen bei Feststellung von beruflichen Problemlagen auch hier zur Seite stehen.

Bringen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen am Aufnahmetag mit.

Detailfragen werden am Aufnahmetag im Rahmen der ärztlichen Aufnahme besprochen.

Ihre Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unter Einhaltung des Datenschutzes. Wir bitten Sie, die beiliegende **Patienteninformation zum Datenschutz** zu lesen und uns am Ende des Fragebogens die Kenntnisnahme mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Wer hat die Rehabilitationsmaßnahme vorgeschlagen?

- Hausarzt
- Facharzt Fachrichtung _____
- Akutklinik
- Rentenversicherungsträger
- Krankenkasse
- Medizinischer Dienst (MDK)
- Sie selbst
- andere _____

1. Allgemeine und klinische Anamnese

1.1 Jetzige Beschwerden

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre aktuellen Beschwerden (bezogen auf ca. die letzten 6-8 Wochen):
z. B. wo, Ruhe-/Bewegungs-/Belastungsschmerz, Intensität, Häufigkeit, Dauer, wann treten sie auf, wohin strahlen die Schmerzen aus, welche Funktionseinschränkungen liegen vor, z. B. Bewegungseinschränkung im Kniegelenk, in der Wirbelsäule usw.

1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigungen

Bitte schildern Sie hier kurz, welche Beschwerden Sie seit wann haben und wie sich der Krankheitsverlauf gestaltete.

Bezüglich der durchgeführten Diagnostik, bisheriger Therapie, ggf. Operationen, Krankenhausaufenthalte und Rehabilitationsaufenthalte beantworten Sie bitte die anschließenden Fragen.

1.2.1 Krankheitsverlauf

1.2.2 Bisherige Diagnostik im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung

Welche Diagnostik wurde durchgeführt? Was, wann und wo?

Bitte bringen Sie diese unbedingt am Aufnahmetag mit. Sie vermeiden damit unnötige Verzögerungen durch zeitraubende Anforderung auf dem Postweg. Sie erhalten alles spätestens am Ende der Rehabilitation zurück.

Röntgen nein ja, _____
MRT nein ja, _____
CT nein ja, _____
Neurologie nein ja, _____
andere _____

1.2.3 Bisherige Therapien im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung

Aktuelle Operation: ja nein

Datum: _____ Operation: _____

Bisherige nicht operative Behandlungen: ja nein

Welche und waren diese erfolgreich?

erfolgreich:		ja	nein			ja	nein
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injektionen (Spritzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infusionen (Tropf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilmassagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

1.2.4 Haben Sie bereits früher an medizinischen Rehabilitationsleistungen teilgenommen?

nein
 ja, wann, wo, warum _____

1.2.5 Über welchen Informationsstand und welche Bewältigungsstrategien verfügen Sie bezüglich Ihrer reha-relevanten Beeinträchtigungen?

Ich bin über meine Aufnahmeerkrankung informiert:

ja teilweise nein

Mit meiner Aufnahmeerkrankung komme ich zurecht:

ja teilweise nein

Setzen Sie Maßnahmen ein, um besser mit Ihrer Aufnahmeerkrankung zurechtzukommen:

ja nein

Wenn ja, welche?

- ärztliche / therapeutische Behandlung
- körperliches Training
- Selbsthilfegruppe
- Entspannungstechniken
- Sonstige:

1.3 Weitere reha-relevante Erkrankungen / Unfälle / Operationen

1.3.1 Eigene Erkrankungen

An welchen chronischen Erkrankungen leiden Sie und seit wann?

Ich war nie ernsthaft erkrankt.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck seit: | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wann | <input type="checkbox"/> andere Herzerkrankungen: |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen seit: | | |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher / <input type="checkbox"/> Defi | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: | (Bitte Ausweis mitbringen.) |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronch. seit: | <input type="checkbox"/> Chron. Bronchitis seit: | <input type="checkbox"/> COPD seit: |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit seit: | <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> insulinpflichtig seit: |
| <input type="checkbox"/> Mager/Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Leber/Gallen-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nieren-Erkrankungen |
|
 | | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Unterfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Überfunktion | <input type="checkbox"/> Hashimoto Thyreoiditis |
| <input type="checkbox"/> Rheuma seit: | <input type="checkbox"/> Osteoporose seit: | |
| <input type="checkbox"/> Embolie, wann: | <input type="checkbox"/> Thrombosen, wann u. wo: | |
| <input type="checkbox"/> Anfallserkrankungen, seit wann: | | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen, welche, wann: | | |
| <input type="checkbox"/> Berufskrankheit, welche, seit: | | |
| <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen: | | |

Bezüglich der oben angegebenen chronischen Erkrankungen befinde ich mich:

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- in regelmäßiger hausärztliche Kontrolle nein ja, _____ mal pro Wo / Mo /
- in regelmäßiger fachärztlicher Kontrolle nein ja, _____ mal pro Wo / Mo /
- beim FA für _____
- in regelmäßiger fachärztlicher Kontrolle nein ja, _____ mal pro Wo / Mo /
- beim FA für _____

Ich bin in keinem / einem DMP-Programm (Disease-Management-Programm) eingeschrieben, wenn ja, in welchem: _____

Ich gehe _____ mal pro Wo / Mo / Jahr zu meinem Hausarzt zur Routinekontrolle.

1.3.2 Welche Unfälle / Arbeitsunfälle mit Verletzungen hatten Sie und wann?

Verletzungen, die nicht operativ versorgt wurden (wann, welche, ggf. welche Seite)

Arbeitsunfälle (wann, welche, ggf. welche Seite):

1.3.3 Welche Operationen hatten Sie und wann? Bitte vergessen Sie nicht, bei paarigen Organen die Seite anzugeben.

Operationen (wann, welche, ggf. welche Seite):

1.3.4 Hilfsmittel

Haben Sie Hilfsmittel: nein ja:

Gehstützen	<input type="checkbox"/>	Korsett	<input type="checkbox"/>	Zahnprothese/n	<input type="checkbox"/>
Gehbock	<input type="checkbox"/>	Bandagen	<input type="checkbox"/>	Brille nah/fern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gehstock	<input type="checkbox"/>	Maßschuhe	<input type="checkbox"/>	Hörgerät/e	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	Einlagen	<input type="checkbox"/>		
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	TENS-Gerät	<input type="checkbox"/>		
andere	<input type="checkbox"/>	welche:	_____		

1.3.5 Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder) gehäuft ernsthafte Erkrankungen aufgetreten?

nein

Wenn ja, bei wem, welche Erkrankungen?

Erkrankung _____ Bei wem? _____

Gelenkverschleiß (Arthrose/ Rheuma):

Krebserkrankungen, welche?

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Zuckerkrankheit:

Anfallsleiden:

Thrombosen:

Andere:

1.3.6 Gynäkologische Anamnese

Periode: regelmäßig unregelmäßig zuletzt am Menopause seit:

Geburten: keine ____ (Anzahl)

Fehlgeburten: keine ____ (Anzahl)

Letzte gynäkologische Untersuchung:

1.4 Psychische Erkrankungen

Bestanden oder bestehen bei Ihnen psychische Erkrankungen? nein ja

Wenn ja, welche, seit wann und wie erfolgt die Behandlung:

1.5 Vegetative Anamnese

Größe: cm Gewicht unbekleidet: kg

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem:

Appetit normal stressbedingt wechselnd
 aktuell reduziert generell Appetitlosigkeit
 aktuell schmerzbedingt reduziert schwankend

Gewicht konstant
 schwankend. Abnahme von ____ kg Zunahme von ____ kg
in ____ Wo/Mo in ____ Wo/Mo
 gewollt
 ungewollt

Schlaf ungestört chron. Einschlafstörungen chron. Durchschlafstörungen
 aktuelle Einschlafstörungen aktuelle Durchschlafstörungen
 Schlafapnoesyndrom Schlafapnoesyndrom mit Maske

Stuhlgang normal hartleibig/Obstipation Neigung zu Durchfall
 aktuell Durchfall seit: Reizdarm

Wasserlassen normal Inkontinenz gestört bei bekannter
Prostatavergrößerung

nächtliches Wasserlassen nein ja, ca. ____ mal pro Nacht

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche?
(Bitte Ausweis oder Kopie mitbringen)

Sind bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt? nein ja Wenn ja, welche?

Risikofaktoren und Risikoverhalten

Rauchen Sie? nein ja: Was und wie viel? _____/Tag

Haben Sie früher geraucht? Wenn ja, bis wann: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein
 ja: Was und wie viel? _____/Tag

Liegen bei Ihnen folgende weitere Risikofaktoren vor?

Bewegungsarmut mangelnde Erholung Stress erhöhte Blutfette

Sonstige:

Sportliche Aktivitäten und Eigeninitiativen

Haben Sie früher regelmäßig Sport betrieben? nein ja: Was und bis wann?

Eigeninitiativen (Spazieren, Yoga,):

2. Sozialanamnese

2.1 Sozialanamnese mit Umfeldfaktoren

Familienstand:

ledig verheiratet geschieden verwitwet
 getrennt lebend in fester Partnerschaft

Kinder: keine ja, Anzahl:

davon: __ unterhaltspflichtig __ wirtschaftlich selbstständig

Wohnsituation:

Wohnung Etage: mit Lift ohne Lift
 Einfamilienhaus
 barrierefrei teilweise barrierefrei nicht barrierefrei

Häusliche Versorgung:

- nicht eingeschränkt nur aktuell eingeschränkt dauerhaft eingeschränkt
- möchte keine Angaben machen
- alleine Ehepartner Lebenspartner Freunde/Bekannte
- Kinder im Haus Kinder in der Nähe Kinder weiter weg
- Pflegedienst betreutes Wohnen andere:
- ist gewährleistet und ausreichend
- ist mit Hilfe gewährleistet und ausreichend
- ist mit Hilfsmitteln gewährleistet und ausreichend

Psychische oder soziale Probleme (z. B. familiär, beruflich, finanziell, Arbeitslosigkeit, lange Krankheit, Pflege von Angehörigen):

- keine
- liegen vor durch:

GdB (Grad der Behinderung-Schwerbehindertenausweis) (Bitte Ausweis mitbringen.):

- liegt nicht vor GdB von seit: Antrag gestellt am:
- Merkzeichen:

MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Arbeitsunfall oder bei Berufskrankheit):

- liegt nicht vor % seit: wegen:

Pflegestufe:

- liegt nicht vor beantragt am: ja, Stufe: seit:

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

- liegt nicht vor beantragt am: ja, seit:
- durch: Name: Vorname:
- Telefon:

Liegt eine Patientenverfügung vor?

- liegt nicht vor liegt vor bei:

Haben Sie Sozialleistungsanträge vor Beginn der Rehabilitation gestellt?

- Erwerbsminderungsrente am: Unfallrente (Arbeitsunfall) am:
- Altersrente am:

Haben Sie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten oder bereits beantragt?

- nein bereits beantragt am:

Laufen derzeit Sozialgerichtsverfahren? Wenn ja, seit wann und warum?

- nein ja:

2.2 Arbeitsanamnese

2.2.1 Erwerbsstatus

- Ich bin derzeit unbefristet erwerbstätig.
- Ich bin befristet erwerbstätig bis zum:
- Ich bin selbstständig erwerbstätig.
- Ich bin arbeitslos seit:
- weil befristeter Vertrag betriebsbedingt gekündigt selbst gekündigt
- aus gesundheitlichen Gründen anderes
- Ich arbeite ausschließlich auf 450 Euro-Basis.
- Ich arbeite zusätzlich auf 450 Euro-Basis.
- Ich bin Hausfrau/Hausmann.
- Ich bin in der Elternzeit bis:
- Ich bin in der aktiven Phase der Altersteilzeit bis:
- Ich bin in der passiven Phase der Altersteilzeit bis:
- Ich beziehe Rente wegen voller Erwerbsminderung zeitbegrenzt
seit: bis: wegen:
- Ich beziehe Rente wegen voller Erwerbsminderung unbefristet
seit: wegen:
- Ich beziehe Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zeitbegrenzt
seit: bis: wegen:
- Ich beziehe Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung unbefristet
seit: wegen:
- Ich beziehe Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit
seit: bis: wegen:

2.2.2 Beruflicher Werdegang

Bitte Schulabschluss angeben:

- Haupt-/Volksschule Realschule/Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur
- keiner im Ausland erworben
- Ich lebe seit _____ in Deutschland.

Bitte erlernten Beruf / Studium angeben mit Abschlussjahr:

Jahr	Beruf / Studium

Bitte weitere Qualifikationen / Umschulungen / Berufswechsel angeben mit Jahr:

Jahr	Qualifikationen / Umschulungen / Berufswechsel angeben mit Jahr:

Bitte chronologisch mit der derzeitigen oder letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit beginnend, Tätigkeit der letzten 10 Jahr angeben:

von	bis	Tätigkeit	ggf. Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

2.2.3 Derzeitige bzw. letzte Arbeitsplatzsituation

- Ich bin Angestellter. Ich bin selbständig.
 Es gibt einen Betriebsarzt. Es gibt keinen Betriebsarzt.

Betriebsärztliche Untersuchungen finden:

- regelmäßig statt
 finden unregelmäßig statt
 finden nicht statt

2.2.4 Arbeitsort

- in geschlossenen Räumen witterungsgeschützt
 in offenen Rohbauten im Freien
 wechselnd in geschlossenen Räumen, aber auch im Freien bzw. in offenen Rohbauten
 wechselnd durch Montage häufige Reisetätigkeit

2.2.5 Tätigkeitsbeschreibung

Bitte beschreiben Sie kurz, welche Tätigkeiten Sie an Ihrem derzeitigen oder letzten Arbeitsplatz konkret ausführen oder ausgeführt haben. Diese Angaben sind besonders wichtig, da sie Ihre individuellen Aufgaben am Arbeitsplatz widerspiegeln.

2.2.6 Angaben zum Arbeitsplatz

- ausschließlich leitende bzw. überwachende Tätigkeit
- > 50 % leitende bzw. überwachende Tätigkeit aber auch Mitarbeit erforderlichen
- keine leitende bzw. überwachende Tätigkeit

- ständig stehend **ständig steht für ca. 90 % der Arbeitszeit**
- ständig sitzend **häufig steht für 51 – 90 % der Arbeitszeit**
- gehend und stehend **selten steht für bis zu 5 % der Arbeitszeit**
- gehend und sitzend
- im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen
- an laufenden Maschinen
- häufig in gebückter Haltung
- häufig mit erhobenen Armen
- häufig kniend oder hockend
- häufig auf Leitern und Gerüsten

- Führen von Kraftfahrzeugen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit:**
 - Bus Straßenbahn Kleintransporter Baufahrzeuge
 - LKW bis 25 Tonnen LKW bis 40 Tonnen ohne Ladetätigkeit mit Ladetätigkeit

- Heben und Tragen von Lasten ist erforderlich**

Gewichte	Häufigkeit (täglich)			Bsp. ca.-Angaben:
	ständig	häufig	selten	
bis 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Tüten Mehl a 1 kg
bis 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 PET-Fl. a 1,5 l + Kasten
bis 15 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 L Eimer Wandfarbe
über 15 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.2.7 Äußere Einflüsse

- Nässe Kälte Hitze Zugluft
- künstliches Licht angestregtes Sehen
- chemische Einflüsse/besondere Wirkstoffe, welche? _____
- Rauchentwicklung Lärm mechanische Schwingungen

andere:

2.2.8 Beurteilung von Belastungen am Arbeitsplatz

- Es liegen keine Belastungen am Arbeitsplatz vor.
- Es liegen körperliche Belastungen am Arbeitsplatz vor, die mich beeinträchtigen, durch:

- Es liegen psychische Belastungen am Arbeitsplatz vor, die mich beeinträchtigen, durch:

- Die Arbeitsplatzsituation könnte verbessert werden durch:

2.2.9 Arbeitsplatzausstattung

- Hilfsmittel sind nicht erforderlich.
- Hilfsmittel für schwere körperliche Tätigkeiten stehen **nicht** zur Verfügung.
- Hilfsmittel für schwere körperliche Tätigkeiten stehen zur Verfügung.
Welche?

- Der Büroarbeitsplatz ist ergonomisch ausgestattet.
- Der Büroarbeitsplatz ist teilweise ergonomisch ausgestattet.
- Der Büroarbeitsplatz ist **nicht** ergonomisch ausgestattet.

2.2.10 Wie schätzen Sie – nach abgeschlossener Genesung – Ihre voraussichtliche Leistungsfähigkeit für Ihren beruflichen Alltag ein?

- Ich kann meine letzte Tätigkeit uneingeschränkt wieder ausüben.
- Ich kann meine letzte Tätigkeit auch nach Genesung nur mit Einschränkungen wieder ausüben.
- Ich traue mir meine letzte Tätigkeit nicht wieder zu, habe aber schon mit meinem Arbeitgeber Kontakt aufgenommen und kann ggf. innerbetrieblich umgesetzt werden.
- Ich traue mir meine letzte Tätigkeit nicht wieder zu und würde gerne eine Umschulung/Qualifikation machen.
- Ich traue mir eine leidensgerechte Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder zu.
- Ich traue mir keine Tätigkeit mehr zu.
- Ich kann zu Beginn der Rehabilitation noch nicht einschätzen, ob ich meine letzte Tätigkeit, auch bei Genesung, wieder ausüben kann.

Bemerkung:

2.2.11 Arbeitszeiten

- | | | | | |
|--|-----------------|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Vollzeit | ___ Std. pro Wo | <input type="checkbox"/> Tagschicht | <input type="checkbox"/> Früh-/Spät | <input type="checkbox"/> Früh/Spät-/Nacht |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit | ___ Std. pro Wo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> 12-Std. Schicht | | |
| <input type="checkbox"/> Sonn- und Feiertage | | <input type="checkbox"/> Akkordarbeit | | <input type="checkbox"/> häufige Überstunden |

2.2.12 Arbeitsweg

Die Arbeitsstelle wird erreicht:

- zu Fuß ca. _____ Meter
- mit dem Fahrrad ca. _____ km
- mit dem Motorroller/Motorrad ca. _____ km
- mit dem Auto ca. _____ km
- mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Danach ist noch ein Fußweg von _____ Metern zurückzulegen.
- mit einem Betriebsbus

2.2.13 Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten

von	bis	wegen

Derzeit bin ich:

- arbeitsfähig
- arbeitsunfähig seit:

wegen:

2.3 Subjektive Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe

Ich fühle mich durch die Beschwerden eingeschränkt in meinem:

Alltagsleben ja nein **Berufsleben** ja nein

Einschränkungen bestehen in Bezug auf Aktivitäten:

- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|---|
| Sitzen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max _____ Minuten |
| Gehstrecke | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max _____ Meter |
| Gangbild/Gangsicherheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max _____ Stufen/ Etagen |
| Stehen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max _____ Minuten |
| Bücken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Knien/Hocken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Liegen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max _____ Stunden |
| Heben | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max _____ kg |
| Tragen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max _____ kg |
| Überkopfarbeiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Feinmotorische Arbeiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| | | |
| Gedächtnisleistungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, konkret: _____ |
| Sprachliche Verständigung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, konkret: _____ |
| Schreiben | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Lesen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Entscheidungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, konkret: _____ |
| Stress-/Problembewältigung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Einschränkungen bestehen in Bezug auf Teilhabebereiche:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| Selbstständige Körperpflege | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Selbstständige Haushaltsführung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Einkaufen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Nutzung eines PKW | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Freizeitgestaltung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Welche konkret: | | | |

Sonstige Einschränkungen:

Sonstige Einschränkungen im Berufsleben:

3. Rehabilitationsziele

Welche individuellen Rehabilitationsziele haben Sie? Beschreiben Sie bitte mit Ihren eigenen Worten Ihre Ziele und Erwartungen an Ihre Rehabilitationsbehandlung.

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum:

Unterschrift:

Notizen für Fragen:

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir wissen, dass wir Ihnen mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens bereits einige Arbeit abverlangt haben, umso mehr danken wir Ihnen für die gewissenhafte Beantwortung. Wenn Sie noch Informationen hinsichtlich des Fragebogens benötigen, zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen und erfolgreichen Aufenthalt in unserem Zentrum.

Ihr Team der REHA am Kreuz Erfurt

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ist es erforderlich, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Einrichtung Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Institution: REHA am Kreuz GbR
Vertreten durch: Dr. Peter Ullmann, Dagmar Schuh
Adresse: Konrad-Zuse-Str.23
99099 Erfurt

Kontaktdaten: 0361 442 090
E-Mail: info@sportreha-erfurt.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Anschrift: Konrad-Zuse-Str.23
99099 Erfurt

Kontaktdaten: Tel.:0361 442 090
E-Mail: datenschutz@sportreha-erfurt.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt in erster Linie aufgrund des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und uns gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Darüber hinaus erlauben uns weitere Gesetze und Verordnungen, wie bspw. §§ 630a ff. BGB, § 22 BDSG-neu und die Art. 6 und Art. 9 DSGVO Ihre Daten zu verarbeiten. Zusätzlich sind auch Verarbeitungen zulässig, in denen Sie Ihre Einwilligung erklären.

Die REHA am Kreuz verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, demnach zum Zwecke Ihrer Behandlung. Der Begriff „*verarbeiten*“ umfasst alle Tätigkeiten (erheben, erfassen, speichern, abfragen, nutzen, übermitteln, löschen etc.), die im Zusammenhang mit Ihren personenbezogenen Daten stehen.

Die Verarbeitungsvorgänge finden zum Zwecke von Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunden oder dem Nachsorgemanagement statt. Im Hinblick auf medizinische Konsilien zur Erörterung einer Behandlung, können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. schriftlich in Arztbriefen).

Das Erheben von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Die im Rahmen Ihrer Behandlung erhobenen Daten werden in einer Akte zusammengeführt und entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen aufbewahrt.

Neben den behandlungsbezogenen Verarbeitungstätigkeiten bedarf es auch eines verwaltungsmäßigen Umgangs mit Ihren personenbezogenen Daten. In Prozessen, wie der Rechnungsprüfung, der Abrechnung Ihrer Behandlung, Wartungsarbeiten von IT-Systemen oder speziellen Meldepflichten (bspw. an das Gesundheitsamt aufgrund des Infektionsschutzgesetzes) können Ihre Daten verarbeitet werden.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem

- Haus- bzw. weiterbehandelnde Fachärzte,
- Psychotherapeuten,
- die Deutsche Rentenversicherung,
- Krankenkassen,
- der Medizinische Dienst der Krankenversicherung,
- Unfallversicherungsträger,
- andere Rehabilitationseinrichtungen,
- andere Dienstleister (sogenannten Auftragsverarbeiter*) sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen sowie zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen.

*Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung notwendiger Daten an weitere externe Auftragnehmer, wie z. B. dem dem Labor, dem Fahrdienst oder einem Lieferanten zum Zwecke der Speiserversorgung. Mit diesen externen Versorgern haben wir sog. Verarbeitungsverträge abgeschlossen, in denen sowohl die Schweigepflicht der dort angestellten Mitarbeiter, als auch die Sicherheit im Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten streng geregelt sind. Sollten Sie dazu Fragen haben, wenden Sie sich vor Ort gerne an unseren Datenschutzbeauftragten.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Die REHA am Kreuz ist nach § 630f BGB dazu verpflichtet eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Dieser Verpflichtung kommt die REHA am Kreuz sowohl in elektronischer als auch in papiergestützter Form nach. Die daraus entstehende Patientenakte wird auch nach Abschluss Ihrer Behandlung von uns verwahrt.

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (gem. § 603f Abs. 3 BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen von bis zu 30 Jahren ergeben (bspw. bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung).

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitungsvorgänge Ihrer Daten erfolgen auf Basis der o. g. genannten gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung. In diesen Fällen haben Sie dann das Recht, Ihre Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung können Sie per Post, oder per Mail schriftlich vornehmen. Einer Angabe von Gründen bedarf es nicht. Ihr Widerruf gilt aber erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen erteilt haben. Der Widerruf hat keine Rückwirkung und die Verarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtsgültig.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Thüringer Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Adresse Häßlerstr. 8, 99096 Erfurt