

Anreiseformular

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

um Ihre Patientenakte vervollständigen zu können, bitten wir Sie, uns nachfolgende Angaben zu machen. Bitte füllen Sie dieses Formular in Blockschrift deutlich lesbar aus, und senden Sie es bitte, wie im Anschreiben terminlich gefordert, an uns zurück - damit Ihre Rehabilitationsmaßnahme sichergestellt ist.

Strandklinik Ostseebad Boltenhagen
Patientenverwaltung
Ostseeallee 103
23946 Boltenhagen
Tel.: 03 88 25/47-0
Fax: 03 88 25/47-9 99

Persönliche Angaben

Ihr Name, Vorname, Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Ihre Telefonnummer: _____

Ihre E-Mailadresse: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

Familienstand, Konfession: _____

Ihr derzeitiger Beruf: _____

(Name, Straße, PLZ, Ort der Krankenkasse): _____

Fax-Nr. der Krankenkasse: _____

Ihr nächster Angehöriger/Ihre nächste Angehörige:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

Ihr mitbehandelnder Arzt/Ihre mitbehandelnde Ärztin

Bitte aus organisatorischen Gründen Anreise bis 12 Uhr

Ich benutze zur Anreise öffentliche Verkehrsmittel und treffe voraussichtlich am _____ um _____ Uhr am Bahnhof Grevesmühlen ein.

Ich benutze einen PKW und treffe voraussichtlich am _____ um _____ Uhr in der Klinik ein.

Ich benutze eine/n Rollstuhl Rollator Gehhilfe

Wir danken für Ihre freundlichen Bemühungen.

Nehmen Sie zusätzlich etwas ein, z. B. Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathika?

Werden weitere (nicht medikamentöse) Behandlungen durchgeführt?

<input type="checkbox"/>	Krankengymnastik	seit:	mit welchem Erfolg:	
<input type="checkbox"/>	Lymphdrainage	seit:	mit welchem Erfolg:	
<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	seit:	mit welchem Erfolg:	
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie	seit:	mit welchem Erfolg:	
<input type="checkbox"/>		seit:	mit welchem Erfolg:	
<input type="checkbox"/>		seit:	mit welchem Erfolg:	
<input type="checkbox"/>		seit:	mit welchem Erfolg:	

3. Bitte nennen Sie uns weitere bisherige Erkrankungen (mit Zeitangabe).

<input type="checkbox"/>	Arbeitsunfall:	<input type="checkbox"/>	Berufskrankheiten:
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit:
<input type="checkbox"/>	Herzkrankheit/Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung:
<input type="checkbox"/>	Asthma/chron. Bronchitis:	<input type="checkbox"/>	psychische Erkrankung:
<input type="checkbox"/>	andere Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	Operationen
<input type="checkbox"/>	Privatunfall:	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:
<input type="checkbox"/>	Frühere Reha-Maßnahmen:	Erfolg:	
<input type="checkbox"/>	Allergien/Unverträglichkeiten:	<input type="checkbox"/>	Nahrungsmittel welche:
		<input type="checkbox"/>	Medikamente welche:
		<input type="checkbox"/>	Sonstige welche:
<input type="checkbox"/>	Rauchen:	seit:	ca. Zigaretten am Tag.
<input type="checkbox"/>	Alkohol:		

4. Risiken für multiresistente Keime:

Screening-Fragen bzgl. multiresistenter Keime:	JA	NEIN
Haben Sie eine chronische Wunde (z. B. einen Ulcus, eine schwerheilende Wunde, Wundinfektion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen ein Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, Wunddrainage, PEG)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Antibiotika-Therapie erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in den letzten 2 Jahren für 7 Tage oder länger auf einer Intensivstation behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen schon einmal ein multiresistenter Keim nachgewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßig beruflichen Kontakt zu landwirtschaftl. Nutztieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Fragen zu Ihrem Allgemeinbefinden:

Appetit: gut mittel schlecht

Gewicht: Zunahme von _____ kg, seit: _____
 Abnahme von _____ kg, seit: _____

Husten: nein ja mit Auswurf von _____ (Farbe)
 ohne Auswurf

Schlafstörungen: beim Einschlafen beim Durchschlafen
 belastend nicht belastend

Schnarchen/Schlafapnoe: _____

6. Bitte geben Sie uns einige wichtige soziale Informationen.

Familiäre Situation: ledig verheiratet in fester Partnerschaft
 alleinlebend verwitwet

Kinder: _____, davon im Haushalt lebend _____

Wohnsituation: Mietwohnung Eigenheim
 Anderes: _____

Wohnumfeld: gute mäßige Anbindung
 Besonderheiten: _____

Finanzielle Absicherung durch: _____ gut ausreichend

Ihnen wichtige Freizeitaktivitäten/Hobbies: _____

Sind Sie zusätzlich belastet durch? _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? nein ja:

seit: _____

wegen: _____

mit einem Grad von: _____ Zusatzmerkmal: _____

gültig bis: _____

6. Berufliche Angaben:

Ich bin zurzeit/war zuletzt beschäftigt als: _____

Im Bereich: _____

ganztags halbtags

Altersrente/Pension

Erwerbsminderungsrente:

arbeitslos

anderes: _____

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben?

nein ja seit _____ wegen (Erkrankung) _____

Welche Einschränkungen bestehen derzeit aus Ihrer Sicht im Beruflichen Bereich?

Welche Einschränkungen bestehen aus Ihrer Sicht im häuslichen Bereich?

Für alle Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter: Bitte füllen Sie auch den ergänzenden Berufsanamnese Bogen sorgfältig aus.

Was möchten Sie konkret in Ihrer Reha erreichen (Ihre Gesundheitsziele)?

1. _____

2. _____

3. _____

7. Klinikwahl

Haben Sie bei der Beantragung Ihrer Reha die Strandklinik Boltenhagen bewusst als Wunschklinik ausgewählt und sich damit ausdrücklich für eine Reha bei uns entschieden?

Wenn ja: Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Deutsche Rentenversicherung
- Krankenkasse
- Sozialdienst
- (Haus-)Arzt
- Freunde oder Bekannte
- Internet
- sonstige

Ort, Datum

Unterschrift

Wir danken für Ihre Unterstützung und wünschen eine gute Anreise!