

# 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: \_\_\_\_\_

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 14:00 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.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

**Selbstauskunftsbogen Strandklinik Boltenhagen  
Abteilung Hämatologie/ internistische Onkologie**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Zur Erhebung Ihrer Krankengeschichte und Beurteilung wichtiger Umstände aus Ihrem beruflichen und/oder privaten aus Ihrem beruflichen und/oder privaten Bereich benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen.  
Vielen Dank!

Dr. med. M. Steimann  
Chefärztin der Abteilung für Hämatologie und internistische Onkologie

**Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie gegenwärtig besonders?**

**Wie haben sie die Erkrankung seelisch verkraftet?**

**Machen Sie sich Sorgen über mögliche Auslöser Ihrer Erkrankung?**

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?  
(Tabletten, Kapseln, Spritzen, Infusionen, Blutprodukte).**

Medikament	Dosisstärke	morgens	mittags	abends	z. Nacht

**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:			
<i>Bitte bringen Sie Ihren Allergiepass zum Nachweis mit!</i>				
<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  mäßig  schlecht  
 Gewicht:  konstant  
 Zunahme von \_\_\_\_\_ kg, seit: \_\_\_\_\_  
 Abnahme von \_\_\_\_\_ kg, seit: \_\_\_\_\_  
 Unfreiwilliger Urinabgang:  beim Husten/Niesen  
 beim Aufstehen aus dem Liegen  
 Wieviel Vorlagen brauchen Sie in 24 h? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie Probleme beim Stuhlgang bzw. Probleme, den Stuhl zu halten: \_\_\_\_\_  
 Hitzezwallungen:  leicht  mäßig  stark  
 Nachtschweiß \_\_\_\_\_  
 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:  verheiratet  in fester Partnerschaft  ledig  
 alleinlebend  verwitwet  geschieden

Kinder: \_\_\_\_\_, davon im Haushalt lebend \_\_\_\_\_

Wohnsituation:  Mietwohnung im \_\_\_\_\_ Stockwerk  
 Eigenheim  Anderes: \_\_\_\_\_  
 Fahrstuhl vorhanden  kein Fahrstuhl

Wohnumfeld:  gute  mäßige  schlechte Anbindung  
 Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Unterstützung durch:  Partner  Familie  Nachbarn  Freunde  
 Haushaltshilfe  Arbeitskollegen

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: \_\_\_\_\_

Liegt bei Ihnen folgendes vor:

Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betreuungsverfügung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betreuungsurkunde:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wer ist ggf. Ansprechpartner, Bevollmächtigter oder Betreuer:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

Bitte eine Kopie beifügen oder bei Anreise vorlegen!)

**7. 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 Berufsanamnesebogen sorgfältig aus.***

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## **8. 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!