

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:

<u>Screening-Fragen bzgl. multiresistenter Keime:</u>	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: _____

Wohnumfeld: Fahrstuhl vorhanden kein Fahrstuhl
 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!