



Patientenfragebogen Drei-Burgen-Klinik

| | | |
|-----------|--|------------|
| 1. | Persönliche Daten | |
| | Name: | |
| | Vorname: | |
| | Straße, Hausnummer: | |
| | PLZ: | |
| | Wohnort: | |
| | Telefonnummer: | |
| | Mobilfunknummer: | |
| | Ich möchte per E-Mail über meine Rehabilitationsmaßnahme informiert werden | Ja Nein |
| | E-Mail Adresse: | |
| | Geburtsdatum: | |
| | Geburtsort: | |
| | Familienstand: | |
| | Religion: | |
| | | |
| 2. | Im Notfall zu benachrichtigen (Angehöriger) | |
| | Name Ihres nächsten Angehörigen: | |
| | Vorname: | |
| | Verwandschaftsgrad ggf. Sonstiges: | |
| | Straße, Hausnummer: | |
| | PLZ: | |
| | Wohnort: | |
| | Telefonnummer: | |
| | Mobilfunknummer: | |
| | | |
| 3. | Bankverbindung (wird ggf. zur Erstattung von Fahrtkosten benötigt) | |
| | IBAN: | |
| | BIC: | |
| | | |

| | | |
|-----------|---|----------------------------------|
| 4. | Angaben zur Krankenversicherung | |
| | Name Ihrer Krankenkasse: | |
| | Straße, Hausnummer: | |
| | PLZ: | |
| | Ort: | |
| | Sind Sie privat- oder zusatzversichert? | Ja Nein |
| 5. | Hausarzt: | |
| | Name des Hausarztes: | |
| | Vorname: | |
| | Titel: | |
| | Straße, Hausnummer: | |
| | PLZ: | |
| | Ort: | |
| | Telefonnummer: | |
| 6. | Arbeitgeber: | |
| | Name des Arbeitgebers: | |
| | Straße, Hausnummer: | |
| | PLZ: | |
| | Ort: | |
| | Telefonnummer: | |
| 7. | Anschlussrehabilitation (AHB) (Die nachfolgenden Felder müssen nur ausgefüllt werden, wenn Sie eine Anschlussrehabilitation in unserem Haus durchführen) | |
| | Führen Sie eine Anschlussrehabilitation in unserer Klinik durch? | Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? | |
| | Straße, Hausnummer: | |
| | PLZ: | |
| | Ort: | |
| | Telefonnummer: | |
| | Entlassung aus dem Krankenhaus: | |
| | | |

| | | |
|------------|--|-----------------------------|
| 8. | Anreiseinformationen: | |
| | Wann werden Sie voraussichtlich bei uns ankommen? | |
| | Datum: | |
| | Uhrzeit: | |
| | Mit welchem Verkehrsmittel werden Sie anreisen? | |
| | Mit der Bahn. Ankunftszeit am Bahnhof Bad Münster | |
| | Mit dem PKW. Ankunftszeit in der Drei-Burgen-Klinik | |
| | Hinweis für Bahnreisende: Zielbahnhof für Ihre Anreise ist „Bad Münster am Stein-Eberburg“, Sie werden dort von unserem Fahrdienst abgeholt. | |
| 9. | Abreiseinformation | |
| | Mit welchem Verkehrsmittel werden Sie voraussichtlich abreisen? | |
| | Ich reise mit der Bahn ab. | <input type="checkbox"/> Ja |
| | Ich reise mit dem PKW ab. | <input type="checkbox"/> Ja |
| 10. | Wer hat Ihre Reha veranlasst? | |
| | Sind Sie schon einmal in der Drei-Burgen Klinik behandelt worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja, wann? (Jahr) | |
| 11. | Sind in Ihrer Familie (bei Blutsverwandten wie Eltern, Geschwistern, Großeltern) folgende Erkrankungen bekannt? | |
| | Großeltern | |
| | Vater | |
| | Mutter | |
| | Geschwister | |
| 12. | Welche Beschwerden haben Sie zurzeit? | |
| | | |
| 13. | Habe Sie Schmerzen? Wenn ja, wo und wie stark? | |
| | Stärke der Schmerzen: 1= keine Schmerzen – 10= stärkste Schmerzen, die Sie sich vorstellen können | |
| | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 | |
| | Können Sie ohne größere Beschwerden eine Strecke von 400m zurücklegen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Können Sie ebenerdig 30 Minuten ohne Pause laufen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

| | | |
|--|---|--|
| | Sind Sie mit einem speziellen Hilfsmittel/Gerät versorgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, mit welchem? Bitte bringen Sie Ihre aktuellen Hilfsmittel mit. | |
| 14. Bisheriger Verlauf Ihrer jetzigen Erkrankung? | | |
| | Beginn (seit...) | |
| | Was waren die ersten Beschwerden? | |
| | Diagnostik (z.B. EKG, MRT, Röntgen, Ultraschall etc.) | |
| | Behandlung (z.B. Operation, Katheterbehandlung, Stent, Krankengymnastik, Spritzen Therapie, etc.) | |
| 15. Welche ernsthaften Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte um Angabe der Art der Erkrankung und seit wann die Erkrankung besteht: | | |
| | Herzerkrankungen | |
| | Durchblutungsstörungen der Arterien | |
| | Erkrankung der Lunge/Bronchien | |
| | Erkrankung der Nieren | |
| | Erkrankung im Magen-Darm-Trakt | |
| | Schilddrüsenerkrankung | |
| | Thrombose | |
| | Operationen | |
| | Knochenbrüche / größere Unfälle | |
| | Wirbelsäulen- bzw. Gelenkerkrankungen | |
| | Sonstige Erkrankungen | |
| | Waren/sind Sie in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja, seit wann? | |
| | Welche Diagnose? | |
| | | |

| | |
|---|---|
| 16. Vegetative Anamnese | |
| Wie ist der Appetit? | |
| Körpergröße in cm? | |
| Körpergewicht in kg? | |
| Gewichtsverhalten im letzten Jahr? | |
| Haben Sie Speiseunverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> Ja |
| Welche? | |
| Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> Ja |
| Welche? | |
| Schlafverhalten | |
| Schnarchen Sie nachts? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie tagsüber müde? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie ist der Stuhlgang? | |
| Haben Sie Probleme beim Wasserlassen oder Ihren Urin zu behalten? | |
| Müssen Sie nachts zum Wasserlassen aufstehen und wie oft? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ggf. Anzahl: |
| Haben Sie Husten/Auswurf? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Hitzewallungen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Nachtschweiß? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Luftnot beim Treppensteigen oder Bergangehen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sexuelle Dysfunktionen? | <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 17. Trinken Sie Alkohol? | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> gelegentlich | |
| Was? | |
| Wie viel? | |
| 18. Rauchen Sie | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> gelegentlich | |
| Wie viel pro Tag? | |
| Seit wann? | |
| | |

| | | |
|------------|---|---|
| 19. | Weitere Suchtmittel? | |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> gelegentlich | |
| | Was? | |
| | Wie viel? | |
| | | |
| 20. | Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)? | |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja, seit wann ist Diabetes bekannt? | |
| | Seit wann nehmen Sie Tabletten für Diabetes? | |
| | Name der Medikamente | |
| | Spritzen Sie Insulin? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, seit wann? | |
| | Haben Sie eine Diabetes-Schulung absolviert? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, wann und über welchen Träger? | |
| | | |
| 21. | Haben Sie einen erhöhten Cholesterinspiegel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja, nehmen Sie Medikamente? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, welche Medikamente? | |
| | | |
| 22. | Haben Sie einen erhöhten Blutdruck? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja, seit wann? | |
| | Nehmen Sie Blutdruckmedikamente? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, Name Ihrer letzten Blutdrucktabletten: | |
| | | |
| 23. | Treiben Sie Sport? | |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig | |
| | Welche Sportart/en? | |
| | | |
| 24. | Gehen Sie zu ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen? | |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig | |
| | Fachrichtung/en | |
| | Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja, welches? | |
| | Seit wann? | |
| | Sind Folgeschäden des Diabetes bekannt? (z.B. Augennetzhaut, Nieren, | |

| | | | | | | |
|------------|--|---------|---------|--------|-----------|--------------|
| | Nerven etc.) | | | | | |
| 25. | Haben Sie schon einmal an einer Rehabilitationsmaßnahme (Kur) teilgenommen? Bitte Datum, Ort, Fachgebiet und Erfolg angeben. | | | | | |
| | | | | | | |
| 26. | Welche Medikamente und wie viel nehmen Sie derzeit ein? | | | | | |
| | Name des Medikaments | morgens | mittags | abends | Zur Nacht | bedarfsweise |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 27. | Findet bei Ihnen derzeit eine nicht-medikamentöse Therapie statt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | |
| | Bitte geben Sie Name, Fachrichtung und Anschrift an | | | | | |
| | | | | | | |
| 28. | Welche Ärzte/ Psychotherapeuten behandeln Sie? (Nennung des Hausarztes ist hier nicht nötig) | | | | | |
| | Facharzt 1: | | | | | |
| | Titel: | | | | | |
| | Vorname: | | | | | |
| | Name: | | | | | |
| | Fachrichtung: | | | | | |
| | Straße, Hausnummer: | | | | | |
| | PLZ: | | | | | |
| | Ort: | | | | | |
| | Facharzt 2: | | | | | |
| | Titel: | | | | | |
| | Vorname: | | | | | |
| | Name: | | | | | |
| | Fachrichtung: | | | | | |
| | Straße, Hausnummer: | | | | | |

| | | |
|------------|--|---|
| | PLZ: | |
| | Ort: | |
| | | |
| 29. | Ihr Familienstand? | |
| | | |
| | | |
| 30. | Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wie viele? | |
| | Alter? | |
| | davon im Haushalt lebend? | |
| | | |
| 31. | Ihre Wohnsituation/ häusliche Versorgung? | |
| | Treppensteigen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wieviele Stockwerke ohne Aufzug? | |
| | Selbstversorgend? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Haben Sie ausreichend Unterstützung in der Familie oder durch Freunde? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Finanzielle Belastungen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Welche? | |
| | Psychosoziale Belastungen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Welche? | |
| | | |
| 32. | Was machen Sie in Ihrer Freizeit? (Hobbys, Sport, Ehrenämter) | |
| | | |
| | | |
| 33. | Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer privaten Lebenssituation? | |
| | 1= sehr unzufrieden – 10= sehr zufrieden | |
| | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 | |
| | | |
| 34. | Besteht eine Schwerbehinderung (GdB – "Prozente")? | |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Antrag läuft | |
| | Wenn ja, Grad der Behinderung: | |
| | Es wurde eine Gleichstellung bei der Arbeitsagentur | |
| | <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> nicht zutreffend | |
| | | |

| | | |
|--|--|-----------------|
| 35. Beziehen Sie eine Erwerbsminderungsrente? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Vollrente <input type="checkbox"/> Ja, Teilrente | |
| | Wenn ja, seit wann? | |
| | Befristet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja, bis? | |
| | Haben Sie aktuell oder in den vergangenen 24 Monaten einen Rentenanspruch gestellt? | |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja, wann? | |
| | Bestehen aktuelle laufende Widerspruchs-/Sozialgerichtsverfahren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| 36. Beziehen Sie eine Unfallrente der Berufsgenossenschaft? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja, geben Sie bitte MdE an: | |
| 37. Haben Sie einen Pflegegrad? | | |
| | <input type="checkbox"/> Keinen <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> nicht bekannt | |
| 38. Besteht eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja, bringen Sie bitte eine Kopie mit. | |
| 39. Ihr Schulabschluss? | | |
| 40. Ihr erlernter Beruf mit Abschluss? | | |
| 41. Besitzen Sie einen Führerschein? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Wenn ja, welchen? | |
| 42. Bitte nennen Sie uns Ihre letzten 3 Beschäftigungen. | | |
| | Firma | Beschäftigt als |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | Gab es krankheitsbedingte Arbeitsplatzwechsel oder krankheitsbedingte Reduzierung der Arbeitszeiten? | |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| | Sind Sie im Vorruhestand/Altersteilzeit? | |
| | <input type="checkbox"/> Nein | |
| | <input type="checkbox"/> Ja, Vorruhestand/Altersteilzeit (aktive Phase) bis | |
| | <input type="checkbox"/> Ja, Vorruhestand/Altersteilzeit (passive Phase) bis | |

| | |
|------------|--|
| | |
| 43. | Wo arbeiten Sie jetzt? Auch bei Arbeitslosigkeit letzte Tätigkeit beschreiben. |
| | Besteht eine Beschäftigung/ ein Arbeitsvertrag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Aktuell/Zuletzt ausgeübter Beruf? |
| | bei Firma |
| | seit dem |
| | Arbeitsstd./Woche |
| | Zahl der Mitarbeiter ca. |
| | Welche Tätigkeit? |
| | Betriebsarzt vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Name des Betriebsarztes: |
| | Adresse (Straße, PLZ, Ort) |
| | Telefonnummer: |
| | Betriebliches Eingliederungsmanagement vorhanden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Ansprechpartner |
| | Sind Sie geringfügig beschäftigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | |
| 44. | Aktuelle Arbeitslosigkeit vor Beginn der Reha? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausgesteuert |
| | Aktuell arbeitslos gemeldet seit wann? |
| | Aktueller Arbeitslosengeld II - Bezug bzw. lfd. Antrag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausgesteuert seit |
| | |
| 45. | Sind Belastungen am aktuellen/letzten Arbeitsplatz nach Ihrer Meinung Ursache Ihrer gesundheitlichen Beschwerden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | |
| 46. | Sind berufliche Teilhabehilfen beantragt, abgelehnt, durchgeführt worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | Wenn ja, welche? |
| | Ansprechpartner |
| | |
| 47. | Versuchen Sie Ihre konkreten Arbeitsbedingungen zu beschreiben: |
| | Anfahrt zur Arbeit <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Zug <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Fahrgemeinschaft <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> zu Fuß |
| | Anfahrtszeit in min |

| | | |
|---|--|--|
| | einfacher Weg in km | |
| | dabei Fußweg in m z.B Parkplatz – tatsächlichen Arbeitsplatz | |
| Heben/ Tragen, Art der Lasten/ Gewichte | | |
| | häufig bis (in kg) | |
| | gelegentlich bis (in kg) | |
| | Sind technische Hilfsmittel vorhanden? | <input type="checkbox"/> Ja, folgende <input type="checkbox"/> Nein |
| Arbeitshaltung | | |
| | stehend | <input type="checkbox"/> Ständig - mehr als 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Überwiegend - 51% bis 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Zeitweise - bis 10% der Arbeitszeit |
| | gehend | <input type="checkbox"/> Ständig - mehr als 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Überwiegend - 51% bis 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Zeitweise - bis 10% der Arbeitszeit |
| | sitzend | <input type="checkbox"/> Ständig - mehr als 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Überwiegend - 51% bis 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Zeitweise - bis 10% der Arbeitszeit |
| | gebückt | <input type="checkbox"/> Ständig - mehr als 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Überwiegend - 51% bis 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Zeitweise - bis 10% der Arbeitszeit |
| | Arme über Brusthöhe | <input type="checkbox"/> Ständig - mehr als 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Überwiegend - 51% bis 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Zeitweise - bis 10% der Arbeitszeit |
| | Kniend/hockend | <input type="checkbox"/> Ständig - mehr als 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Überwiegend - 51% bis 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Zeitweise - bis 10% der Arbeitszeit |
| | Auf Gerüsten/Leitern | <input type="checkbox"/> Ständig - mehr als 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Überwiegend - 51% bis 90% der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Zeitweise - bis 10% der Arbeitszeit |
| | Äußere Einflüsse | <input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe <input type="checkbox"/> Überwiegend im Freien <input type="checkbox"/> Überwiegend in Rohbauten <input type="checkbox"/> Überwiegend witterungsgeschützt <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Starke Staubentwicklung <input type="checkbox"/> Rauchentwicklung |

| | |
|---|--|
| | <input type="checkbox"/> Starker Lärm <input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden <input type="checkbox"/> Erschütterungen/Vibrationen <input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche? <input type="checkbox"/> Hautreizende Stoffe, welche? |
| Berufliches Kraftfahren | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW über 7,5 to <input type="checkbox"/> Baumaschinen, Sonstige Fahrzeuge <input type="checkbox"/> Personenbeförderung <input type="checkbox"/> Gefahrguttransport |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> Häufige Reistätigkeit <input type="checkbox"/> Auswärts-Montage <input type="checkbox"/> Mitarbeiterführung <input type="checkbox"/> Erhöhte Unfallgefahr <input type="checkbox"/> Außerordentliche Konzentration erforderlich <input type="checkbox"/> Einfluss elektromagnetischer Felder <input type="checkbox"/> Keine geregelten Pausen <input type="checkbox"/> Überwiegend Bildschirmzeit <input type="checkbox"/> Besondere Anforderung an das Sehvermögen <input type="checkbox"/> Häufige Arbeitsunterbrechung <input type="checkbox"/> Häufige Überstunden/Mehrarbeit |
| Arbeitsbedingungen | <input type="checkbox"/> Tagschicht <input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht <input type="checkbox"/> Nachtschicht <input type="checkbox"/> Wochenendarbeit <input type="checkbox"/> Rufbereitschaft <input type="checkbox"/> Akkordtätigkeit <input type="checkbox"/> Akkordähnliche Tätigkeiten |
| Gibt es Konflikte? (Streit mit Arbeitskollegen/Vorgesetzten) | |
| <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden | |
| Wenn vorhanden, bitte erläutern: | |
| | |

| | |
|--|---|
| Welche Tätigkeiten fallen Ihnen bei Ihrer Arbeit besonders schwer? | |
| | |
| 48. Wie beurteilen Sie persönlich Ihre Beanspruchungen am Arbeitsplatz? | |
| Arbeitsmenge | <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch |
| Arbeitsschwere | <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer |
| Arbeitszufriedenheit | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 (Skala: 1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden) |
| Länge/Lage der Arbeitszeiten | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 (Skala: 1 = sehr gut bis 6 = sehr schlecht) |
| | |
| 49. Wie schätzen Sie selbst Ihre berufliche Zukunft ein? Trauen Sie sich die ausgeübte oder letzte Tätigkeit wieder zu? | |
| <input type="checkbox"/> Ja | |
| <input type="checkbox"/> Ja, mit folgenden Einschränkungen: | |
| | |
| <input type="checkbox"/> Nein, weil | |
| | |
| 50. Zeiten der Krankschreibung (Arbeitsunfähigkeit)? | |
| Seit wann sind Sie ununterbrochen krankgeschrieben/arbeitsunfähig? | <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> seit |
| Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben? | <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> ungefähr (in Wochen) |
| | |
| 51. Welche Einschränkungen Ihrer Aktivitäten haben Sie aktuell? | |
| im Privaten | |
| im Beruf | |
| in allen Lebensbereichen | |
| | |

52. Welche 3 Ziele sind für Sie am wichtigsten für Ihre Reha bei uns?

- Verbesserung von Belastbarkeit und Ausdauer
- Bessere bzw. gute Blutdruckeinstellung (Ziel: in Ruhe < 140/90 mmHg)
- Gewichtsabnahme
- Verbesserte Diabeteseinstellung
- Bessere Cholesterinwerte
- Mehr erfahren über eine gesunde Ernährung
- Aufhören zu rauchen
- Nichtraucher bleiben
- Mit Stress besser umgehen können
- Schmerzlinderung
- Verbesserung der Beweglichkeit
- Muskuläre Kräftigung
- Verbesserung der Leistungsfähigkeit
- Reduktion von Gelenkschwellungen/-reizungen
- Motivation zu regelmäßigen sportlichen Aktivitäten
- Angstabbau
- Stimmungsstabilisierung
- Schmerzbewältigung
- Über meine Erkrankung mehr erfahren
- Erfahren, wie es beruflich weitergehen kann
- Wiederherstellen der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Hilfestellungen, um mit gesundheitlichen Beschwerden im Beruf besser umgehen zu können