

# Patienten-Fragebogen Ca

Dieser Fragebogen dient der Ergänzung Ihrer Aufnahmegespräche mit dem Arzt und dem Therapeuten. Wir bitten Sie, die Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Selbstverständlich fallen Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht und sind datengeschützt.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen so schnell wie möglich vor Antritt der Reha an uns zurück.

Name:	Vorname:		
Straße:	Wohnort:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:		
Staatsangehörigkeit:	Telefonnummer:		
Familienstand (Mehrfachangaben möglich):	<input type="checkbox"/> ledig / <input type="checkbox"/> verheiratet / <input type="checkbox"/> verwitwet / <input type="checkbox"/> getrennt lebend / <input type="checkbox"/> geschieden / <input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft lebend		
Konfession:			
Größe des Haushaltes:	Erwachsene:	Kinder:	
Wohnsituation:			

## Ihr nächster Angehöriger:

Name:	Vorname:		
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Wohnort:			
Telefonnummer:			

## Ihr Hausarzt:

Name:			
Straße:			
PLZ, Ort:			
Telefonnummer:			

## Ihr mitbehandelnder Arzt:

Name:			
Straße:			
PLZ, Ort:			
Telefonnummer:			

# Patienten-Fragebogen Ca

Berufsabschluss:  keiner /  Lehre /  Fachschule /  Fachhochschule /  
 Universität /  sonstiger

gelernter Beruf:

.....

letzte Berufstätigkeit:

.....

Vollzeit /  Teilzeit, nämlich: \_\_\_\_\_ Stunden / Woche

arbeitslos seit \_\_\_\_\_

Bei Rehaantritt sind Sie  arbeitsfähig oder  arbeitsunfähig seit: \_\_\_\_\_

Beziehen Sie eine Rente?  Ja  Nein

Wenn ja:  Altersrente seit \_\_\_\_\_

Dauerrente seit \_\_\_\_\_

Zeitrente seit \_\_\_\_\_ befristet bis \_\_\_\_\_

wegen

Berufsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit

Hinterbliebenenrente seit \_\_\_\_\_

Rentantrag wurde gestellt am \_\_\_\_\_

Wollen Sie eine Rente beantragen?  Ja /  Nein

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?  Ja, \_\_\_\_ % GdB /  Nein /  ist beantragt

Name und Sitz der Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

Letzter Krankenhausaufenthalt: **Wichtig, bitte unbedingt genau angeben!**

\_\_\_\_\_

Ihre Krankenvorgeschichte: Die Einzelheiten zu Ihrer Krebserkrankung werden Sie bei der Aufnahme mit Ihrem Arzt besprechen können.

Welche Operationen und Unfälle hatten Sie und wann war das?

# Patienten-Fragebogen Ca

An welchen inneren Krankheiten waren oder sind Sie erkrankt?

Haben Sie Allergien und wenn ja, wogegen?

Haben oder hatten Sie psychische Erkrankungen oder Suchtkrankheiten?

Bisherige Rehabilitationsmaßnahmen:

Sind Sie Raucher  oder Nichtraucher  ?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (**siehe Medikamentenplan letzte Seite**)

Benötigen Sie eine Gehhilfe?

Wenn ja, welcher Art?

Zu Ihrer Familienvorgeschichte:

Ihr Vater  lebt \_\_\_\_\_ (Alter) /  ist verstorben \_\_\_\_\_ (Jahr) an

\_\_\_\_\_

Beruf des Vaters \_\_\_\_\_

Ihre Mutter  lebt \_\_\_\_\_ (Alter) /  ist verstorben \_\_\_\_\_ (Jahr) an

\_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Anzahl und Alter Ihrer Geschwister: \_\_\_\_\_

Sind folgende Krankheiten in Ihrer Familie aufgetreten:

- Zucker
- Krebs
- Rheuma
- Suchterkrankungen
- psychische Erkrankungen
- Herzerkrankungen

# Patienten-Fragebogen Ca

Die Krebserkrankung hat sicherlich auch Ihr seelisches Befinden beeinflusst und Sie haben sich Gedanken zur Erkrankung gemacht:

Was belastet Sie im Augenblick am meisten?

Was haben Sie als hilfreich erlebt im Umgang mit der Krebserkrankung?

Haben Sie Vorstellungen, wodurch Ihre Krebserkrankung entstanden sein könnte?

Womit verbringen Sie Ihre Freizeit überwiegend?

Was möchten Sie durch die Reha für sich erreichen oder verändern?

## Medikamentenplan

	<b>morgens</b>	<b>mittags</b>	<b>abends</b>	

**Ich benutze zur Anreise öffentliche Verkehrsmittel**

**Ich benutze einen PKW**

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!!**