

Patienten-Fragebogen Psychosomatik

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Um die Rehabilitationsbehandlung jeweils auf Ihren individuellen Bedarf anzupassen, brauchen wir vorab einige Informationen von Ihnen. Wir bitten Sie deshalb, die unten aufgeführten Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen so schnell wie möglich (vor Antritt der Rehabilitation) an uns zurückzusenden. Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns im Voraus!

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und sind datengeschützt.

Geplanter Aufnahmetag:

Name:	Vorname:
Straße:	Wohnort:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Telefonnummer:

Ihr nächster Angehöriger:

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

Ihr Hausarzt:

Name:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefonnummer:

Weitere mitbehandelnde Ärzte

Name des Arztes	Fachrichtung	Art der Beschwerden	Adresse

Patienten-Fragebogen Psychosomatik

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Bitte geben Sie auch pflanzliche Präparate und solche Medikamente ein, die Sie nur unregelmäßig einnehmen.

Medikament (mit Dosierung in mg.)	morgens	mittags	abends	zur Nacht	seit wann?	dauer- haft?	gelegent- lich?

Haben Sie andere Medikamente bis wenige Wochen vor Aufnahme eingenommen?

1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____

Welche weiteren nichtmedikamentösen Behandlungen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt? Bitte geben Sie auch solche Behandlungsformen an, die nicht von Ihrer Krankenkasse, sondern von Ihnen selbst finanziert wurden (Heilpraktiker, Osteopathie, Akupunktur, Homöopathie).

Mussten Sie schon mal im Krankenhaus behandelt werden? Weshalb waren Sie im Krankenhaus? Wann? _____ (Jahr).

Wurden Sie schon mal operiert? Wann, wo und weshalb?

Patienten-Fragebogen Psychosomatik

Aktuelle und frühere Behandlungen und Unterstützung

Stationär psychiatrisch Ja, (wenn möglich Jahreszahl _____) Nein

Tagesklinik psychiatrisch Ja, (wenn möglich Jahreszahl _____) Nein

Psychische Reha-Behandlungen Ja, (wenn möglich Jahreszahl _____) Nein

Ambulante Psychotherapie Ja, (wenn möglich Jahreszahl _____) Nein

Bei wem? _____

Ambulante psychiatrische Behandlung Ja, (wenn möglich Jahreszahl _____) Nein

Bei wem? _____

Beratungsstellen Ja, (wenn möglich Jahreszahl _____) Nein

Selbsthilfegruppen Ja, (wenn möglich Jahreszahl _____) Nein

Rehabilitationskliniken Ja, (wenn möglich Jahreszahl _____) Nein

Sonstiges: _____

Weshalb waren Sie in der Reha-Klinik?

Jahr	Fachrichtung	Wo ?	Art der Beschwerden

Haben Sie sonst früher (oder auch aktuell) folgende gesundheitliche Probleme gehabt (bitte unterstreichen falls zutreffend):

Bronchialasthma Lungenentzündungen Rippenfellentzündungen Heuschnupfen
 Asthma Nasennebenhöhlenentzündungen Nasenpolypen Schilddrüsenerkrankungen
 Grüner Star Herzinfarkt andere Herzkrankheiten hoher Blutdruck Schlaganfall
 Lähmungen Thrombose Gefäßleiden Krampfadern Gelbsucht Leberleiden
 Gallensteine Magenerkrankungen Darmerkrankungen Blinddarmentzündungen
 Prostataerkrankungen Krankheiten des weiblichen Unterleibs Geschlechtskrankheiten
 Hauterkrankungen Zuckerkrankheit erhöhte Blutfettwerte Gicht Gelenkrheuma
 Arthrose Bandscheibenvorfall andere Erkrankungen der Wirbelsäule oder der Gelenke
 Blutarmut andere Blutkrankheiten schwere Infektionserkrankungen Allergien
 Unfälle Verletzungen Erkrankungen des Kiefers oder der Zähne Epilepsie
 Nervenkrankheiten Krebs

Familienanamnese

Mutter: Beruf: _____ Jetziges Alter: _____

wichtige Krankheiten: _____

(starb im Jahr _____ im Alter von _____ an _____)

Vater: Beruf: _____ Jetziges Alter: _____

wichtige Krankheiten: _____

(starb im Jahr _____ im Alter von _____ an _____)

Patienten-Fragebogen Psychosomatik

Geschwister (Alter und wichtige Erkrankungen):

1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____

Bitte schildern Sie gesundheitliche Probleme weiterer Familienmitglieder. Von Interesse sind hier neben körperlichen Erkrankungen auch seelische Leiden und Suchtprobleme.

- Zucker Krebs Rheuma Suchterkrankungen Psychische Erkrankungen
 Herzerkrankungen Sonstiges (und zwar _____)

Biographie

Bei wem sind Sie aufgewachsen (Eltern / Großeltern / Adoptionsfamilie / Pflegefamilie / Familienmitgliedern etc.)? _____

Wie war Ihre Mutter (Ersatzmutter) zu Ihnen (liebvoll, fürsorglich, autoritär, streng, Gewalterfahrungen etc.)? _____

Wie war Ihr Vater (Ersatzvater) zu Ihnen (liebvoll, fürsorglich, autoritär, streng, Gewalterfahrungen etc.)? _____

Wie war das Verhältnis zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern? _____

Welche Rolle haben Sie in Ihrer Familie als Kind / Jugendliche übernommen (Fürsorge von Familienmitgliedern, hohe Verantwortung, Leistungsträger, Sündenbock der Familie etc.)? _____

Gab es in Ihrer Kindheit Belastungen?

- Ja, _____
 Nein

Gab es in der Schulzeit Belastungen (Mobbing, Hänseleien, Lernschwierigkeiten etc.)

- Ja, _____
 Nein

Patienten-Fragebogen Psychosomatik

Haben oder hatten Sie in der Vergangenheit eine erhöhte private Belastung (Scheidung, Trennung, Pflege von Angehörigen, Tod von Angehörigen / Freunden usw.?)

Ja, _____

Nein

Gibt es zurzeit Risikofaktoren wie z.B. Alkoholsucht, Drogensucht, Nikotinsucht, Bewegungsmangel, Work-Life-Dysbalance, ungesunde Ernährung, Stressbelastungen am Arbeitsplatz, mangelnde Abgrenzungsfähigkeit, gesundheitsgefährdender Sport, Rückzugsverhalten?

Ja, _____

Nein

Welcher Freizeitbeschäftigung, welchen Hobbies gehen Sie nach? _____

Wie oft in der Woche führen Sie ihre Hobbies aus?

1- 2-mal bis zu dreimal 4 – 5-mal täglich Seit der Erkrankung gar nicht mehr.

Berufliche Anamnese

Zurzeit bin ich arbeitsfähig arbeitsunfähig seit _____ wegen _____

arbeitslos seit _____ wegen _____

Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?

gar nicht bis 6 Wochen bis 3 Monate bis 6 Monate mehr als 6 Monate

Aktuelle/letzte berufliche Tätigkeit

Tätigkeit _____

Branche: _____ **Seit:** _____

Mein Arbeitsplatz ist: unbefristet befristet bis _____ gefährdet

gekündigt zum _____ von: mir meinem Arbeitgeber

Kündigungsschutzklage oder gerichtliche Auseinandersetzung läuft

Ich arbeite/habe zuletzt _____ Std. pro Woche _____ Std. am Tag **gearbeitet.**

Schichtdienst: ja (Schichtform) _____ nein

Ich habe meine Arbeitszeit von _____ Std. auf _____ Std. reduziert.

Seit _____ wegen _____

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? _____

Wann beendet? _____

Haben Sie ein Fach-/ Hochschulstudium abgeschlossen? ja nein

Patienten-Fragebogen Psychosomatik

Fachrichtung _____ mit Abschluss _____

(Jahreszahl)

Haben Sie eine Berufsausbildung absolviert?

ja (zum/zur) _____ mit Abschluss am _____ nein

Haben Sie in der Vergangenheit an Umschulungsmaßnahmen teilgenommen?

Ja Job-Center Agentur für Arbeit privat Rentenversicherung

Berufsgenossenschaft Nein

Tragen Sie hier bitte kurz ihren beruflichen Lebenslauf ein

Von - bis	Art der Tätigkeit

Bitte beschreiben Sie im Folgenden Ihre aktuelle/ letzte versicherungspflichtige Tätigkeit (typische Aufgaben, Tagesablauf):

Wie erleben Sie die Arbeitsatmosphäre? Welche Belastungen liegen vor?

Patienten-Fragebogen Psychosomatik

Insgesamt bin ich mit meinem aktuellen Arbeitsplatz zufrieden unzufrieden

Haben sie besondere Arbeitsplatzbelastung?

Arbeitsplatzkonflikt Publikumsverkehr schlechtes Arbeitsklima hohes Maß an Verantwortung Konzentrationsanforderungen Akkord häufige Reisetätigkeit
 Auswärtsmontage Mitarbeiterführung Sonstiges: _____

Ich bin nicht angestellt berufstätig sondern:

selbstständig in Ausbildung in Umschulung SchülerIn StudentIn Hausfrau/-mann in Care-Arbeit (Pflege anderer) in Vorruhestand seit _____

Berufliche Zukunft:

Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich:

	Trifft zu		Trifft zu
In meinen Beruf weiterhin arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	eine Rente beantragen werde	<input type="checkbox"/>
In meinen Beruf nicht mehr arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	arbeitslos sein werde	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht mehr arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	krankgeschrieben sein werde	<input type="checkbox"/>
Eine andere Arbeit suchen werde	<input type="checkbox"/>	Ich weiß es noch nicht	<input type="checkbox"/>

Allgemeines

Die jetzige Rehabilitation erfolgt auf (Mehrfachnennungen möglich):

eigene Initiative mit behandelnden Hausarzt Psychiater/Neurologe
 Aufforderung von Rentenversicherungsträger Krankenkasse Agentur für Arbeit

Wurde Ihnen ein Grad der Behinderung nach dem Schwerbeschädigtengesetz zuerkannt?

ja, MdE/GdB von ___ % seit: _____ Gleichstellung nein

Pflegegrad wurde beantragt ja, Stufe: _____ nein

Laufen derzeit Sozialleistungsanträge (z.B. berufliche Rehabilitation, Umschulung, Rente, Erwerbsminderungsrente)?

ja Welche / seit wann? _____ nein

Gibt es Sozialrechtsstreitigkeiten? Ja Nein

Bezug von Leistungen

Krankengeld seit _____ Arbeitslosengeld I seit _____ Bürgergeld seit _____
 Altersrente seit _____

Erwerbsminderungsrente wegen _____ seit _____ unbefristet
befristet bis _____

Patienten-Fragebogen Psychosomatik

Aktuelle Lebenssituation

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verheiratet	Geschieden	Verwitwet	In fester Partnerschaft	Keine
seit _____	seit _____	seit _____	seit _____	Partnerschaft
in _____ Ehe				seit _____

Wie erleben Sie Ihre Partnerschaft?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zufriedenstellend	unterstützend	belastend	konflikthaft	angespannt

Wie alt ist Ihr/e LebenspartnerIn: _____

Ist Ihr/e LebenspartnerIn:

- berufstätig Ja Nein
- gesundheitlich belastet? Ja Nein

Haben Sie Kinder? Ja Anzahl: _____ Alter: _____ Davon mit im Haushalt: Nein

Wohnsituation (z.B. Eigenheim/Mietwohnung/WG): _____

Werden Sie soziale unterstützt durch z.B. Freunde, Bekannte, Nachbarn, Kollegen?

Ja Nein

- Ich benutze zur Anreise öffentliche Verkehrsmittel.
- Ich benutze einen PKW
- Ich kann die Maßnahme zu Ihrem angegebenen Termin **nicht antreten** und bitte, meinen beigefügten Antrag auf Rehaüberlegung an den Kostenträger weiterzuleiten.

Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung.
Wir freuen uns, Sie bald in unserer Klinik begrüßen zu können.**