

## Fragebogen Rehabilitation

### Persönliche Daten

Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Titel / Akademischer Grad	
Vorname		Nachname	
Geburtsdatum			
Adresse			
PLZ		Ort	
Telefon			
E-Mail			

### Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

1. Welche akuten Erkrankungen bestanden in den letzten Jahren? (ggf. Arztbefunde beifügen)
2. Welche chronischen Erkrankungen wurden zu welchem Zeitpunkt festgestellt? (ggf. Arztbefunde beifügen)
3. Welche Beschwerden stehen bei Ihnen zurzeit im Vordergrund?

4. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

5. Welche Behandlungen wurden bisher in welchem Umfang durchgeführt?

6. Welche physikalischen Therapien wurden bisher durchgeführt? Bitte auch hier Nachweis über die Behandlungen mindestens der letzten 6 Monate durch die physiotherapeutische Praxis.

7. Wurden Sie bisher durch einen Therapeuten zur selbständigen Übungsbehandlung angeleitet, z. B. krankengymnastische Übungen, Entspannungstechniken?

ja  nein

Wie oft und wie lange führen Sie diese Übungen durch?

8. Besteht bei Ihnen eine erheblich eingeschränkte Gehfähigkeit?

ja  nein

Aus welchem Grund?

Welche Gehstrecke ist für Sie noch möglich?

9. Haben Sie bisher schon eine Reha-Behandlung durchgeführt? Wenn ja, bitte legen Sie den Abschlussbericht des behandelnden Arztes bei.

ja  nein

10. Welche Sportarten üben Sie in welchem zeitlichen Umfang aus? (Angabe in Stunden pro Woche)

11. Wie war Ihr Gewichtsverlauf in den letzten Jahren?

Aktuelle Größe

Aktuelles Gewicht

12. Haben Sie Übergewicht oder besteht Adipositas?

ja  nein

Wurde schon einmal eine diätische oder ernährungsmedizinische Beratung und Behandlung durchgeführt?

ja  nein

In welchem Umfang und mit welchem Erfolg wurde die Beratung oder Behandlung durchgeführt? (bitte nachweisen)

13. Wurden Sie in den letzten Jahren psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt? Wenn ja, bitten wir um Vorlage eines Befundberichtes, der auch zur Notwendigkeit der Reha-Maßnahme Stellung nimmt.

ja  nein

14. Aus welchen Gründen halten Sie selber die therapeutischen Maßnahmen am Wohnort für ausgeschöpft, so dass nur eine Reha-Maßnahme außerhalb des Wohnortes möglich ist?

15. Bei Antrag auf eine stationäre Maßnahme: Aus welchem Grund halten Sie in Ihrem Falle eine stationäre Reha-Behandlung für erforderlich, warum ist eine ambulante Kurmaßnahme (private Unterkunft) nicht mehr ausreichend?

16. Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten zwei Jahren in Behandlung? (Bitte Namen und Adressen angeben)	
17. Sind Sie berufstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Was für eine Tätigkeit üben Sie aus?	
18. Gibt es Belastungen am Arbeitsplatz?	
19. Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig erkrankt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Seit wann?
Von welchem Arzt wurde Ihnen die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt?	
20. Sind Sie bereits im Ruhestand? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Seit wann?
Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in den Vorruhestand versetzt worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aus welchen gesundheitlichen Gründen?	

Zur Bearbeitung benötigen wir die im Fragebogen genannten Nachweise und Befunde. Den ausgefüllten Fragebogen und die Anlagen senden Sie bitte an:

Landratsamt Dillingen a.d.Donau  
 Fachbereich Gesundheit  
 Große Allee 24  
 89407 Dillingen a.d.Donau