

Fragebogen zur Aufnahme

Bitte möglichst zeitnah zurücksenden, vielen Dank.



Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihre Behandlung in der Klinik für Onkologische Rehabilitation ist die Kenntnis Ihrer Krankenvorgeschichte, sowie Ihrer beruflichen und sozialen Situation für uns von großer Wichtigkeit. Sie können uns helfen mit diesen Details schneller vertraut zu werden, wenn Sie nachfolgende Fragen beantworten.

Fragen, bei denen Sie unsicher sind, oder Themen, die Sie nicht schriftlich niederlegen möchten, können Sie gerne offenlassen und nach Ihrer Ankunft in dem persönlichen Gespräch mit Ihrer/m Stationsärzt*in besprechen.

Wo sinnvoll und zutreffend dürfen Sie gerne die Ankreuzfelder zur Beantwortung nutzen.

Angaben zu Ihrer Person

Nachname	Vorname	Titel	Beruf
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	____ / ____ / ____ Geburtsdatum	Geburtsort	
Geburtsname	Staatsangehörigkeit	Familienstand	Konfession
Straße	Postleitzahl	Wohnort	
E-Mail-Adresse	Mobiltelefon	Telefon	

Waren Sie schon einmal in unserer Klinik? nein ja, Jahr _____

Wie möchten Sie untergebracht werden?

- im Einzelzimmer (regulär)
- im Doppelzimmer (nur bei durchgehendem Aufenthalt der Begleitperson von mind. 14 Tagen möglich)
falls Doppelzimmer, Angaben zur Begleitperson:

Nachname	Vorname	Mobiltelefon
Straße	Postleitzahl	Wohnort

Aufenthalt der Begleitperson von ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____

Die Unterbringung erfolgt im Zustellbett. Bei durchgehendem Aufenthalt von mehr als 14 Tagen im Doppelzimmer, sofern die Belegung es ermöglicht.

Findet die Reha im Anschluss an einen Klinikaufenthalt statt? ja nein

Falls ja: Welche Klinik, wo: _____

Entlassungsdatum (ggf. voraussichtliches): ____ / ____ / _____

Sind Sie Rollstuhlfahrer*in? ja nein

Wurden bei Ihnen eine Stammzelltransplantation durchgeführt? ja nein

Falls ja: mit eigenen Zellen (autolog) mit Zellen einer/s Fremdspender*in (allogen)

Könnten Sie bei einem früheren Aufnahmetermin kurzfristig anreisen?

ja, innerhalb von 2 – 5 Tagen nein

Wen sollen wir benachrichtigen, wenn während der Rehamaßnahme bei Ihnen ein Notfall eintritt?

Nachname Vorname Mobiltelefon

Straße Postleitzahl Wohnort

Angaben zur Krankenversicherung und Rentenversicherung

Ihre Krankenversicherung

Name der Krankenkasse/ -versicherung Anschrift der Krankenkasse (bitte unbedingt angeben)

Falls Sie nicht selbst der/die Hauptversicherte sind:

Nachname des/der Hauptversicherten Vorname _____ / _____ / _____
Geburtsdatum

Ihre Rentenversicherung

Name der Rentenversicherung:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund | <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg |
| <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Hessen | <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz |
| <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Saarland | <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung (andere): |

falls „andere“, welche? _____

Ihre Rentenversicherungsnummer: _____

Ihre Ärztinnen und Ärzte zuhause:

Hausarzt*in

Nachname

Vorname

Telefon

Straße

Postleitzahl

Wohnort

*Der/die Hausarzt*in soll den Reha-Entlassungsbericht erhalten*

ja

nein

Facharzt*in

Nachname

Vorname

Telefon

Straße

Postleitzahl

Wohnort

*Der/die Facharzt*in soll den Reha-Entlassungsbericht erhalten*

ja

nein

Einweisende Klinik, Abteilung, Chefarzt*in

Nachname

Vorname

Telefon

Straße

Postleitzahl

Wohnort

Die Klinik soll den Reha-Entlassungsbericht erhalten

ja

nein

Sie selbst erhalten den Reha-Entlassungsbericht auch, ein Exemplar wird an Sie versendet.

Versand der Therapiepläne per E-Mail

Wir würden Ihnen gerne während der Reha Ihre Pläne für die Therapien, die Sie bei uns durchführen, per E-Mail zusenden. Das spart Papier und wir können Sie bei kurzfristigen Änderungen schneller informieren. Hierfür benötigen wir aus Datenschutzgründen Ihre Zustimmung. Wir versenden die Pläne als verschlüsselte PDF-Dateien, die Sie mit einem individuellen Passwort, das Sie von uns bekommen, auf Ihrem Smartphone oder Tablet öffnen können. Über Ihre Zustimmung zu diesem Verfahren würden wir uns sehr freuen. Selbstverständlich können Sie die Zustimmung jederzeit widerrufen.

ja, ich bin damit einverstanden

Falls ja: Meine E-Mail-Adresse lautet: _____

nein, ich möchte den Therapieplan in Papierform erhalten

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Medikament	Stärke	morgens	mittags	abends	nachts	seit wann
<i>Beispiel: Aspirin</i>	<i>500 mg</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>Juni 2012</i>
<i>noch Medikamente</i>						

Eigene Vorerkrankungen mit Zeitangabe (Jahr)

Gibt es Krebserkrankungen bei Großeltern, Eltern, Geschwistern oder Kindern?

nein ja

falls „ja“, welcher Angehörige, in mütterlicher (m) oder väterlicher (v) Linie, welche Krebserkrankung, in welchem Alter erkrankt?

Welche körperlichen Beschwerden bestehen aktuell durch Krebserkrankung und Krebstherapie?

Welche körperlichen Beschwerden bestehen aktuell durch andere Leiden?

Welche seelischen Beschwerden haben Sie?

Haben Sie Allergien?

nein ja falls „ja“, welche? _____

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten?

nein ja falls „ja“, welche? _____

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

nein ja falls „ja“, welche? _____

Wie ist Ihr Appetit?

gut mittel schlecht wechselnd

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

über 2 l 1-2 l unter 1 l unter ½ l

Wie war Ihr Gewichtsverlauf in den letzten 3-6 Monaten?

gleich geblieben abgenommen zugenommen

falls „abgenommen“ oder „zugenommen“, wie viele Kg? _____ Kg in welcher Zeit? _____ Monate

Wie sind Ihre Ernährungsgewohnheiten?

„Normale“ Mischkost vegetarisch vegan andere Diät

falls „andere Diät“, welche? _____

Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

seltener als alle 2 Tage alle 2 Tage täglich häufiger als täglich

falls „häufiger als täglich“, wie häufig pro Tag? _____ mal pro Tag

Welche Beschaffenheit hat Ihr Stuhlgang?

fest geformt breiig wässrig

Können Sie „normal“ Wasser lassen?

ja nein

falls „nein“, welche Beschwerden treten beim Wasser lassen auf?

Müssen Sie nachts zum Wasser lassen aufstehen?

nein 1 Mal 2 Mal 3 Mal öfter als 3 Mal

Haben Sie Schlafstörungen?

Guter Schlaf Einschlafstörung Durchschlafstörung Ein- und Durchschlafstörung

Haben Sie Hitzewallungen?

nie gelegentlich häufig

Haben Sie Schweißausbrüche?

nie gelegentlich häufig

Hatten Sie in letzter Zeit Fieber?

nein ja falls „ja“, welche Temperatur, wann, wie häufig?

Nur für Frauen:

Wann waren die erste und die letzte Monatsblutung? ___ / ___ bis ___ / ___

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? ___

Hatten Sie eine Hormonersatztherapie? ja nein
falls „ja“, in welchem Zeitraum? ___ / ___ bis ___ / ___

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? ___ / ___

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend verwitwet

Kinder: ja nein
falls „ja“, wie viele und welches Alter?

Leben noch Kinder in ihrem elterlichen Haushalt? ja nein

Wie ist Ihre Wohnsituation?

Bestehen familiäre Probleme, durch die Sie belastet sind?

Bestehen weitere Belastungen?

Benötigen Sie Hilfen für Haushalt, Familie oder Selbstversorgung?

Welche Freizeitaktivitäten/Hobbys machen/haben Sie?

Trinken Sie Alkohol?

nie gelegentlich häufig
falls häufiger als „nie“, wie viele Gläser pro Tag o. Woche, welche alkoholischen Getränke?

Rauchen Sie?

- nie gelegentlich häufig
falls häufiger als „nie“, was und wie viel rauchen Sie, seit welchem Alter?
-

Machen Sie regelmäßig Sport oder haben Sie eine regelmäßige körperliche Bewegung?

- nie gelegentlich häufig
falls häufiger als „nie“, was für eine Sportart, wie viele Stunden pro Woche?
-

Sind Sie berufstätig?

- ja nein

Sind Sie aktuell in der Elternzeit?

- ja nein
falls „ja“, seit wann, bis wann? ___ / ___ bis ___ / ___

Beziehen Sie eine Rente?

- ja nein
falls „ja“: Altersrente Erwerbsminderungsrente andere Rente
falls „ja“: seit wann? ___ / ___ / ___

Haben Sie eine Pflegeeinstufung bzw. diese beantragt?

- ja Einstufung mit Grad: ___ beantragt nein

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis oder haben sie diesen beantragt?

- ja Grad der Behinderung (GdB) von ____. beantragt nein, möchte ich nicht
 nein, ich möchte aber Informationen darüber

Haben Sie einen Sozialleistungsantrag gestellt (z. B. Antrag auf berufliche Rehabilitation, Antrag auf Erwerbsminderungsrente)?

- ja nein
falls „ja“, Antrag auf? _____
-

Bestehen durch die oben geschilderten körperlichen oder seelischen Beschwerden Beeinträchtigungen im Alltag, Haushalt, Familienleben, in der Freizeit, beim Hobby etc.?

Die nachfolgenden Fragen in den beiden **grünen Kästen** gelten nur für gesetzlich rentenversicherte Personen im Erwerbsalter. **Wenn das auf Sie nicht zutrifft, können Sie das grüne Kästchen überspringen und unten auf Seite 9 unterschreiben.**

Wenn die Rentenversicherung Kostenträger Ihrer Reha ist, erwartet sie von uns ein Gutachten zu Ihrer Leistungsfähigkeit, dafür benötigen wir die folgenden Angaben.

Bestehen durch die oben geschilderten körperlichen oder seelischen Beschwerden Beeinträchtigungen im Beruf?

Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

S2

- ja, im Umfang von ___ Stunden/ Woche mit folgender Tätigkeit: _____
- nein, arbeitslos/ erwerbslos seit ___ / ___
- nein, Hausfrau/Hausmann seit ___ / ___
- nein, Altersrente seit ___ / ___
- nein, Ausbildung/Umschulung seit ___ / ___ bis voraussichtlich ___ / ___
- nein, Erwerbsminderungsrente seit ___ / ___
- Erwerbsminderungsrente befristet unbefristet voll teilweise
- Wegen welcher Erkrankung? _____

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

S3

- Hauptschule/Volksschule Realschule/Mittlere Reife Abitur/allgemeine Hochschulreife
- Fachhochschulreife Polytechnische Oberschule kein Schulabschluss

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

- ja nein

falls ja, für welchen Beruf: _____

Zeitlicher Umfang Ihrer Berufstätigkeit:

- Vollzeit Teilzeit mit ___ Wochenstunden

Arbeitsorganisation:

- Tagschicht Frühschicht Spätschicht Nachtschicht Wochenende

Weg zur Arbeit: ___ Minuten zu Fuß Fahrrad PKW öffentl. Verkehrsmittel

Bitte beschreiben Sie die Anforderungen der Arbeits- und Berufssituation:

Körperliche Belastungen:

Seelische Belastungen:

weitere Belastungen:

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? nein ja seit ___ Wochen S4

Wie lange waren Sie in den vergangenen 12 Monaten krankgeschrieben oder arbeitslos? S5

insgesamt ___ Wochen krankgeschrieben

insgesamt ___ Wochen arbeitslos

Angesichts Ihres Gesundheitszustandes: Wie beurteilen Sie selbst Ihre jetzige berufliche Leistungsfähigkeit? S6

voll leistungsfähig eingeschränkt leistungsfähig gar nicht leistungsfähig

Wie hoch schätzen Sie Ihre derzeitige berufliche Leistungsfähigkeit genau ein? ___ %

Sind Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand in Ihrer Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?

ja nein S7

Können Sie Ihre bisherige berufliche Tätigkeit trotz Ihrer gesundheitlichen Beschwerden zukünftig noch weiter ausüben? S8

nein, sicher nicht vermutlich nicht bin unsicher vielleicht, ja ja, bestimmt

Wann glauben Sie angesichts Ihres Gesundheitszustandes wieder arbeiten zu können oder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen? Innerhalb von ... S9

sofort einem Monat drei Monaten sechs Monaten
 neun Monaten einem Jahr oder später überhaupt nicht mehr

Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können? S10

ja nein

Überlegen Sie, einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen? S11

ja nein
 ich habe bereits einen Rentenantrag gestellt und zwar am ___ / ___ / ___

Insgesamt ist meine berufliche Situation für mich ... S12

stark belastend etwas belastend teils / teils eher erfüllend sehr erfüllend

Wären Therapieangebote zum Thema Beruf während der Rehabilitation für Sie persönlich hilfreich?

vermutlich sehr hilfreich etwas hilfreich nicht hilfreich S13

Bitte nicht vergessen zu unterschreiben...

Datum: ___ / ___ / ___ Unterschrift: _____

Wir danken Ihnen für die Beantwortung der Fragen.