

Wie stufen Sie Ihre bisherige Tätigkeit ein? Zutreffendes bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich)

körperlich leicht mittel schwer

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="radio"/> überwiegendes Stehen | <input type="radio"/> an laufender Maschine | <input type="radio"/> Reizende Gase, Staub, Rauch, starke Gerüche | <input type="radio"/> starke Temperaturschwankungen |
| <input type="radio"/> überwiegendes Gehen | <input type="radio"/> auf Gerüsten und Leitern | <input type="radio"/> inhalative Allergene | <input type="radio"/> Kontakt mit Suchtmitteln |
| <input type="radio"/> überwiegendes Sitzen | <input type="radio"/> Lärm | <input type="radio"/> Hautkontakt mit Allergenen, Reizstoffen | |
| <input type="radio"/> Überkopfarbeit | <input type="radio"/> Bildschirmarbeit | <input type="radio"/> Kälte, Zugluft, Durchnässung | |
| <input type="radio"/> Bücken, Hocken, Knien | <input type="radio"/> Publikumskontakt | | |
| <input type="radio"/> Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, mehr als _____kg | <input type="radio"/> Hitze | | |

Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> die volle Gebrauchsfähigkeit der Hände | <input type="radio"/> die geistige Leistungsfähigkeit | <input type="radio"/> die Sinnesorgane | <input type="radio"/> die Psyche |
| <input type="radio"/> Fingergeschicklichkeit | <input type="radio"/> Konzentrationsvermögen | <input type="radio"/> Sehvermögen trotz Korrektur | <input type="radio"/> Kontaktfähigkeit |
| <input type="radio"/> Griffsicherheit | <input type="radio"/> Reaktionsvermögen | <input type="radio"/> räumliches Sehen | <input type="radio"/> gehobene Verantwortung für Personen und Sachen |
| <input type="radio"/> grobe Kraft | <input type="radio"/> Umstellungs-/Anpassungsfähigkeit | <input type="radio"/> volle Farbtüchtigkeit | <input type="radio"/> Stressbelastung |
| | | <input type="radio"/> Hörvermögen | |
| | | <input type="radio"/> Sprechvermögen | |

Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben? nein ja

Wenn ja, von wann bis wann: _____ Zeitraum _____ Grund _____

2.3. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe:

4.1. Rehabilitationsziele:

Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik am Kurpark?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? (Gegebenenfalls Beiblatt beilegen)

Medikament:	morgens	mittags	abends	zur Nacht
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Bitte geben Sie Name und die vollständige Adresse an:

Hausarzt: _____

Urologe/Nephrologe: _____ Straße _____ PLZ, Ort _____ Telefon _____

Krankenhaus: _____

Krankenkasse: _____

Ort, Datum

Wir danken für Ihre tatkräftige Unterstützung!

Ihr Team der



Unterschrift Patient

freut sich, Sie bald hier begrüßen zu dürfen.

Klinik am Kurpark Reinhardshausen GmbH
Ziergartenstraße 19
34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen
Telefon 05621 / 702 0
Telefax 05621 / 702 190
www.klinik-am-kurpark.de
info@klinik-am-kurpark.de
freecall _ 0800 / 100 58 25 (Reservierung)

Aufnahmeformular



Urologisches Zentrum für Anschlussheilbehandlung (AHB) und Rehabilitation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, nachfolgend bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen. Wir benötigen diese Informationen zur Planung Ihrer Therapie. Bitte legen Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen bei der Aufnahmeuntersuchung in der KLINIK AM KURPARK Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt vor. Die Angaben aus diesem Formular werden zur Erstellung Ihres ärztlichen Entlassungsberichtes verwendet. Die Angabe der personenbezogenen Daten erfolgt freiwillig.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Religionszugehörigkeit: _____

Straße: _____ Größe: _____

PLZ/Ort: _____ Gewicht: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Geben Sie bitte noch Name, Anschrift und Telefonnummer von **2 Angehörigen** an, die wir im Notfall benachrichtigen.

Name: _____ Name: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Straße: _____

PLZ/Ort: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ Tel.: _____

1.1. Bitte nennen Sie die wichtigsten gesundheitlichen Probleme, körperliche und psychische Befindlichkeitsstörungen, die zur Rehabilitation geführt haben! (z.B. Harninkontinenz, Schmerzen, Leistungsminderung, Depressionen)

1.2. Verlauf der Tumorerkrankungen / Nierenerkrankungen

Monat / Jahr: _____ Erkrankung: _____

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung: _____

Letzte Tumornachsorge: _____

1.3. Nennen Sie die für die Rehabilitation bedeutenden eigenen Erkrankungen wie z.B. (Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Atemwegserkrankungen, Zuckerkrankheit, Magendarmerkrankungen, Tumorerkrankungen), Unfälle, Operationen einschließlich Berufserkrankungen und Arbeitsunfälle.

Monat / Jahr:	Erkrankung:

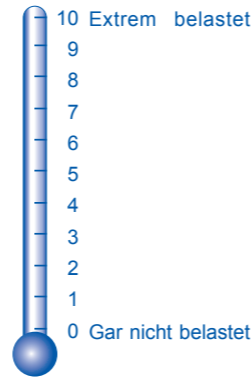
Blinddarm-OP Gallenblasen-OP Wirbelsäulen-/Gelenk-OP's
 Frauen: Regelblutung regelmäßig unregelmäßig Pille Spirale
 Medikamentenallergie? nein Wenn ja, welche? _____
 Raucher? nein ja / _____ Zigaretten täglich / wieviel Jahre? _____
 Alkohol? nein gelegentlich regelmäßig

1.4. Haben Sie verstanden, welche Erkrankung bei Ihnen vorlag / vorliegt? ja nein

Wie gut fühlen Sie sich über Ihre Erkrankung informiert?

Sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend

Wie gut haben Sie Ihre Erkrankung seelisch verkraftet? Bitte ankreuzen ➡➡



Welche Therapien wurden zur Behandlung Ihrer jetzigen Beschwerden durchgeführt?

Krankengymnastik Psychotherapie Entspannende Verfahren (Yoga, etc.)
 Alternative Behandlung (Akupunktur, Heilpraktiker, etc.): _____

1.5. Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an und ergänzen Sie die Leerräume.

- a. Gewichts- ab-/ Zunahme _____ kg in _____ Monaten
- b. Appetit: gut mäßig schlecht
- c. Stuhlgang: geregelt verstopft Durchfälle
- d. Durst: normal vermehrt
- e. Trinkmenge _____ Liter / Tag
- f. Schlaf: gut mäßig schlecht
- g. Vermehrt Husten: nein ja
- h. Auswurf: nein ja

Bitte unbedingt ausfüllen!

- k. Inkontinent? Anzahl der Vorlagen: tags _____ nachts _____
- l. Vermehrtes Schwitzen: nein ja
- m. Sexuelle Probleme vor der aktuellen OP/Behandlung nein ja keine Aussage

Bitte unbedingt ausfüllen!

- i. Urinlassen: tags _____ mal, nachts _____ mal (nach Op.)
- j. Harnstrahl: normal wechselnd schwach

2.1. Allgemeine Sozialanamnese:

Persönliche Angaben: Das soziale Umfeld ist intakt (Familie/Freunde) nein ja keine Angabe

Familienstand: _____ Anzahl der Kinder: _____ davon in Ihrem Haushalt/örtliche Nähe: _____

Zusätzliche Belastungen z.B.: (durch Pflege Angehöriger, belastende Wohnsituation, familiäre Probleme, finanzielle Probleme): _____

Sind Sie schwerbehindert?: nein ja _____ Grad der Behinderung

Haben Sie Frührente beantragt (Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente)?: nein ja

Wenn ja, wann und wo? _____

Besteht derzeitige Pflegebedürftigkeit?: nein Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

Sind Sie jetzt Altersrentner? nein ja Hausfrau / Hausmann? nein ja

Sind Sie Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeitsrentner? nein ja bis _____ ja auf Dauer

Sind Sie zurzeit arbeitslos? Wenn ja, seit wann? _____

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig? Wenn ja, seit wann? _____ Warum? _____

Sind Sie im Vorruhestand? nein ja

Sind Sie in der Altersteilzeit? nein ja aktive Phase seit: _____ passive Phase seit: _____

Freizeitverhalten / Bewegung / Hobbys: _____

2.2. Arbeitsanamnese:

Welchen Schulabschluss haben Sie? _____

Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____

Welchen Beruf üben Sie zurzeit aus? _____

Haben Sie krankheitsbedingt die Arbeit gewechselt / umgeschult? _____

Nennen Sie wichtige Stationen Ihres Berufslebens (auch Rentner): _____

Zeitraum von - bis	Tätigkeit als

Hatten Sie im Arbeitsleben besondere Belastungen, z.B. langjährig Kontakt zu Lösungsmitteln / Asbest / etc.? _____

Welcher Arbeit sind Sie vor Ihrer Antragstellung nachgegangen?

- nicht erwerbstätig
- Ganztagsarbeit ohne Wechsel-/ Nachtschicht / Akkord
- Ganztagsarbeit mit Nachtschicht
- Teilzeitarbeit weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
- ausschließlich Haushaltstätigkeit
- Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
- Heimarbeit
- Teilzeitarbeit mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit