

Name:

Vorname:

Geburts-Datum:

Aufnahmetag

.....

Anamnesebogen

Liebe Versicherte, lieber Versicherter,

Sie werden demnächst Rehabilitandin/Rehabilitand in unserer Klinik sein.

In den ersten Tagen Ihres Aufenthaltes werden Ihre Therapeuten/-innen viele Informationen erbitten, um gemeinsam mit Ihnen einen Überblick über Ihre Beschwerden und Probleme zu bekommen und einen an Ihre Bedürfnisse angepassten Therapieplan zu erstellen.

Wir möchten Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Der Fragebogen wird Gegenstand im ärztlichen/ psychotherapeutischen Aufnahmegespräch sein.

Senden Sie den Anamnesebogen spätestens 14 Tage vor der geplanten Aufnahme mit den entsprechenden Angaben an unsere Klinik (Adresse: MediClin Dünenwald Klinik, Bettendisposition, Dünenstraße 1, 17449 Trassenheide).

Wenn Sie wollen, machen Sie nach dem Ausfüllen des Fragebogens noch eine Kopie desselben für sich selbst. Es kann aufschlussreich sein, einige Zeit nach Ihrer Behandlung zu betrachten, wie sich Erfahrungen und Betrachtungsweisen verändern können. Wir wissen, es sind viele Fragen und die Beschäftigung mit den angesprochenen Themen kann auch manchmal schwierig oder belastend sein. Versuchen Sie das Erfragte einfach kurz mit Ihren Worten zu beantworten.

Um einen reibungslosen Übergang Ihrer Medikamentenversorgung sicherzustellen und für einen zügigen Ablauf der Erhebung der Anamnese (Anamnese ist eine systematische Befragung, die den Gesundheitszustand eines Individuums zum Thema hat) bringen Sie bitte Folgendes mit:

- **alle ärztlich verordneten Medikamente**, die Sie derzeit einnehmen und zwar für die gesamte Dauer der Rehamaßnahme. Wir können erst hier vor Ort entscheiden, welche Medikamente wir Ihnen nach den gültigen und verbindlichen Bestimmungen zur Verfügung stellen müssen.
- Facharzt- und Krankenhausberichte, Berichte von vorherigen Rehabilitationsmaßnahmen, Impfausweis
- aktuelle medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Vorbefunde

Falls Sie persönliche oder für Sie speziell angefertigte Hilfsmittel (spezielle Kopfkissen, Schlafmaske, Orthesen, Prothesen) besitzen, bringen Sie diese bitte auch mit.

Der Anamnesebogen wird Bestandteil Ihrer Krankenakte, alle Angaben unterliegen somit der strengen ärztlichen Schweigepflicht, der alle Behandler und Mitarbeiter unserer Klinik unterliegen!

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen erfolgreiche und Ihrer Gesundheit förderliche Tage in unserer Klinik.

Ihr Team der Fachklinik für Psychosomatik

Bei Unklarheiten, Unsicherheiten und Fragen zum Fragebogen nehmen Sie bitte vorab Kontakt mit uns auf:

Fachklinik Psychosomatik:

Tel. 038371-70-390

Fax. 038371-70-197

E-Mail: psychosomatik.dwu@mediclin.de

Aufnahmetag: _____

Name, Vorname: _____

geb.: _____ in: _____

Anschrift: _____

Telefon (tagsüber): _____ dienstlich privat

Telefon (abends): _____ dienstlich privat

E-Mail (privat): _____

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

KV- Nr.: _____

Ansprechpartner: _____

Aktuelle ärztliche Versorgung:

Hausarzt:

Name

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie / Fachärzte für Neurologie:

_____ / _____

Name

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Gebiet

ambulante psychologische Psychotherapeuten:

_____ / _____

Name

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Gebiet

_____ / _____

Name

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Gebiet

TEIL I: Allgemeine und klinisch-psychiatrische Anamnese (Krankengeschichte)

1.0 Wer hat die Behandlung bei uns angeregt und den Reha-Antrag gestellt?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ich selbst | <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/Psychologe |
| <input type="checkbox"/> Psychiater/Nervenarzt | <input type="checkbox"/> vorbehandelnde Klinik | <input type="checkbox"/> Rentenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft | <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit |
| <input type="checkbox"/> die Bewilligung erfolgte erst nach Widerspruch | | |

Die Anreise erfolgt mit:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PKW | <input type="checkbox"/> selber gefahren | <input type="checkbox"/> gefahren worden |
| <input type="checkbox"/> der Bahn | <input type="checkbox"/> in Begleitung | <input type="checkbox"/> durch: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fahrdienst / Taxi | | |

Entfernung Wohnort bis zur Dünenwald Klinikkm

Ergänzungen Bezugstherapeut

1.1 Jetzige Beschwerden, psychisch

Welche psychischen Beschwerden und Symptome liegen bei Ihnen vor
[Intensität, wie lange halten sie an, in welchen Situationen?]

1.2 Bitte beschreiben Sie den Beginn und Verlauf Ihrer aktuellen psychischen Beschwerden.

Gab es Belastungen /Ereignisse, die zu den aktuellen Beschwerden geführt haben können?

Gab es in Ihrer Biografie schon einmal ähnliche psychische Beschwerden? nein ja

- wenn ja, welche und wann:

Laufende Behandlungen bezogen auf die (psychische) Haupterkrankung

ambulante fachärztlich psychiatrische Behandlung (Psychiater)
Seit...../.....mal pro Woche Monat Jahr
hilfreich? ja nein, ggf. warum nicht?
Wieviele Stunden / Sitzungen bisher insgesamt?

ambulante Behandlung bei psychologischem Psychotherapeuten

Einzeltherapie

Seit...../.....mal pro Woche Monat Jahr
hilfreich? ja nein, ggf. warum nicht?
Wieviele Stunden / Sitzungen bisher insgesamt?

Fachrichtung der Psychotherapie: ist mir nicht bekannt
 tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch systemisch

Ambulante psychotherapeutische Behandlung (Psychotherapeut)

Gruppentherapie

Seit...../.....mal pro Woche Monat Jahr
hilfreich? ja nein, ggf. warum nicht?
Wieviele Stunden / Sitzungen bisher insgesamt?

Tagesklinische-psychiatrische-psychosomatische Behandlung
wo, wann, wie lange:

Vollstationäre-psychiatrische-psychosomatische Behandlung
wo, wann, wie lange:

Andere Arten therapeutischer Behandlung
(z. B. alternative Medizin, Heilpraktiker für Psychotherapie)
Art der Behandlung

Seit...../.....mal pro Woche Monat Jahr
hilfreich? ja nein, ggf warum nicht?

1.4 Biographische Anamnese

Mutter: geb.____ gest.____ Beruf:
 stammt aus Deutschland / aus:

Vater: geb.____ gest.____ Beruf:
 stammt aus Deutschland / aus:

Geschwister (z.B.: „2 Schwestern +2, +4 Jahre; 1 Bruder -2 Jahre“):

.....

Familienanamnese (gibt es psychiatrische Erkrankungen in der Familie
(Eltern, Geschwister, Kinder), z. B. Depression, Angststörung,
Schizophrenie, Suizidversuch, Suizide)

.....

.....

**Ergänzungen
Bezugstherapeut**

Meine Kindheit verbrachte ich überwiegend in:

- ländlicher klein- groß-städtischer Umgebung
- häufige Umzüge in der Kindheit
- aufgewachsen in einem anderem Land: bis zum Lj

Beschreiben Sie bitte Ihre Kindheit mit wenigen Worten möglichst charakteristisch (zum Beispiel: „Ich hatte eine behütete und unbesorgte Kindheit, an die ich gerne zurückdenke“):

.....
.....

Nennen Sie bitte ca. 3 Eigenschaften, die Sie für Ihre Eltern als bezeichnend erinnern:

Mutter:
.....
.....

Vater:
.....
.....

Wie erlebten Sie als Kind die Beziehung Ihrer Eltern zueinander?

Gab es andere wichtige Bezugspersonen in ihrer Kindheit?

Wie haben Sie als Kind die Atmosphäre innerhalb der Familie erlebt?

Wie waren Sie in die Gruppe der Gleichaltrigen eingebunden?

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Gewalterfahrung in der Kindheit? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Missbrauchserfahrung in der Kindheit? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Haben Sie sexuelle Übergriffe erfahren? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kriegserfahrungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| andere schwer belastende Erfahrungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Selbstbild: Nennen Sie 3 typische Eigenschaften von sich heute:

- 1.
- 2.
- 3.

Was waren, bezogen auf ihre psychische Haupterkrankung, besonders kritische Situationen?

Welche wichtigen Wendepunkte oder Ereignisse gab es in Ihrem bisherigen Leben? (von Kindheit bis jetzt)

1 2

3 4

Krankheitsverständnis:

Was glauben Sie in Bezug auf die Ursachen Ihrer heutigen Beschwerden? Bestehen und gründen sich diese

- ursächlich auf die Körperebene – somatisch
- ursächlich auf seelisch – psychischer Ebene
- sowohl körperlich, als auch psychisch – psychosomatisch

Wie ausgeprägt ist Ihr **Krankheitsgefühl** auf **psychischem Gebiet** in der Gesamtbetrachtung (unter Krankheitsgefühl versteht man das subjektive Empfinden eines Menschen, krank zu sein)?

- keines leichtes mittelschweres
- schweres sehr schweres

Hatten sie schon einmal Lebensüberdrussgedanken?

- nein
- ja, wenn ja, wann zuletzt:

Hatten sie schon einmal Suizidgedanken?

- nein
- ja, wenn ja, wann zuletzt:

Gab es bei Ihnen Suizidversuche in der Vergangenheit?

- nein
- ja, wenn ja, wann:

Wie ausgeprägt ist Ihr **Krankheitsgefühl** auf **körperlichem Gebiet** in der Gesamtbetrachtung (unter Krankheitsgefühl versteht man das subjektive Empfinden eines Menschen, krank zu sein)?

- keines leichtes mittelschweres
- schweres sehr schweres

2.1 Allgemeine Sozialanamnese

Kontextfaktoren:

Familienstand:

- verheiratet feste Partnerschaft

seit:

berufliche Tätigkeit des Partners:

- ledig ohne Partnerschaft alleinerziehend
- geschieden getrennt lebend alleinlebend
- verwitwet

seit:

leibliche Kinder oder Stiefkinder (Anzahl, Geschlecht, Alter):

.....

davon noch im Haushalt lebend.....

wirtschaftlich von Ihnen abhängig.....

eigene Wohnsituation:

Mietwohnung Eigentumswohnung andere:

Eigenheim bei den Eltern

zufrieden unzufrieden mit der Wohnsituation

Welche Belastungen bestehen ggf. in Ihrem sozialen Umfeld:
(z. B. Probleme/Konflikte in der Partnerschaft / mit den Kindern /
Pflege von Angehörigen/ Nachbarschaft?) keine andere:

.....

.....

Wer / Was gibt Ihnen heute Halt und ist für Sie wichtig?

.....

.....

Gibt es Faktoren /Hobbys, die Ihnen helfen besser zurecht-
zukommen? (z. B. unterstützende Menschen, Hilfsmittel, Freizeit-
aktivitäten) nein ja

wenn ja, welche:

Verhaltensrisiken Erleben Sie bei sich defizitäres oder exzessives
Verhalten? nein ja

wenn ja, welches:

Bewegungsmangel extremer Sport Risikosport

ungesunde Ernährung unregelmäßiges Essen

ich achte nicht auf genug Schlaf

ich kann Privates und Beruf schlecht trennen

ich achte nicht auf meine Grenzen

Beschreibung von anderen Risiken:

.....

Einschränkungen im Alltag aus seelisch-psychischer Sicht

Falls Ihre psychischen Probleme Sie in Ihrem Alltag einschränken:

wobei:

wie stark:

keine Einschränkungen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **max.**

(bitte Zahl auf der Skala einkreisen)

Aktueller Sozialstatus:

Deckung des Lebensunterhalts durch:

- eigenes Gehalt
- Krankengeld /Übergangsgeld Arbeitslosengeld seit
- Grundsicherung seit Rentenbezug seit
- andere:

Aussteuerung durch Krankenkasse nein ja, seit

Finanzielle Situation: geordnet belastet

Falls belastete Situation, bitte kurz beschreiben:

.....

Erwerbsstatus:

- berufstätig arbeitslos in Ausbildung
- Hausfrau /-mann Vorruhestand Altersrente
- Erwerbsminderungsrente seit

genannter Erwerbsstatus seit ggf. befristet bis.....

Besteht ein Grad der Behinderung? nein ja

MdE/GdB von seit Diagnose:

- oder wurde beantragt? nein
- ja, wegen

Besteht ein berufsgenossenschaftlich anerkannter Arbeitsunfall?

- nein
- ja, Unfall / Schädigung vom (Datum):..... Diagnose:

Besitzen Sie einen Führerschein? ja nein

Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt?

- nein
- ja, gestellt am
- mein Antrag wurde abgelehnt am
- ist noch in Bearbeitung
- ich habe Widerspruch dagegen eingelegt
- ich bin in laufenden Sozialstreitigkeiten
- ich plane bei bestehenden Erkrankungen und Einschränkungen einen Rentenanspruch zu stellen
- frühere Zeitrente von bis..... Diagnose:.....

**Ergänzungen
Bezugstherapeut**

BG-Rente seit bis..... Diagnose:.....

Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung

seit bis Diagnose:.....

Arbeits- und Berufsanamnese mit Kontextfaktoren

Beruflicher Werdegang:

Schulabschluss: keiner Hauptschule
 Realschule Abitur
 anderer

Wann abgeschlossen:

Welche Berufsausbildung haben Sie absolviert und in welchen Berufen waren Sie tätig?
(Bitte lückenlose Auflistung, ggf. zusätzliches Blatt anfügen.)

Zeitraum (von – bis)	Tätigkeit / Ausbildung / Studium

Umschulung oder Berufswechsel? nein ja

Falls ja:

Warum und welche Maßnahmen wurden durchgeführt?

.....

Wann?

Durch wen finanziert?

Krankheitsbedingte Arbeitszeiteinschränkung? nein ja

Falls ja, bitte ausführen:

.....

Von..... Std/Woche auf.....Std/Woche

Jetzige Tätigkeit (aktuelle / falls derzeit ohne Beschäftigung bitte letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit beurteilen):

Fühl(t)en Sie sich am Arbeitsplatz wohl? ja nein

Gibt/gab es Konflikte am Arbeitsplatz? ja nein

Ggf.: welche:

.....

Arbeitsunfähigkeitszeiten

Aktuell: arbeitsfähig arbeitsunfähig seit

Wegen folgender Hauptdiagnose:

und ggf. wegen folgender Nebendiagnosen (die zusätzlich zur Hauptdiagnose vorliegen):

.....
.....
.....

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten:

< 1 Monat 1-3 Monate 3-6 Monate > 6 Monate

Wenn Sie länger als 1 Monat arbeitsunfähig waren:

von wann bis wann + wegen welcher Erkrankungen:

von.....bis.....Diagnose:

von.....bis.....Diagnose:

von.....bis.....Diagnose:

von.....bis.....Diagnose:

Die Wiederaufnahme der letzten beruflichen Tätigkeit nach Ende der Rehabilitation **halte ich** für:

sicher wahrscheinlich unsicher ausgeschlossen

Ggf. Bemerkungen dazu:

.....
.....
.....

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilnahme:

Wie stark sind Sie bei anschließenden Handlungen **durch Ihre Beschwerden** beeinträchtigt/eingeschränkt:

0	1	2	3	4
kein Problem	leichtes Problem	mäßiges Problem	erhebliches Problem	volles Problem

Aktivitäten

- Lesen / Schreiben..... ① ② ③ ④
- Lösen von Problemen..... ① ② ③ ④
- Treffen von Entscheidungen..... ① ② ③ ④
- Übernehmen von Aufgaben..... ① ② ③ ④
- Planung und Strukturierung von Aufgaben/Tagesablauf..... ① ② ③ ④
- zielgerichtetes Arbeiten..... ① ② ③ ④
- Stresstoleranz..... ① ② ③ ④
- Umgang mit Krisensituationen..... ① ② ③ ④
- Selbstbehauptungsfähigkeit/Durchsetzungsfähigkeit..... ① ② ③ ④
- Abrufen/Aneignen fachlicher Kompetenzen..... ① ② ③ ④

Teilhabe

- Anpassung an Regeln und Routinen..... ① ② ③ ④
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit..... ① ② ③ ④
- Durchhaltefähigkeit..... ① ② ③ ④
- Aufnahme und Pflege von Kontakten im Freundeskreis..... ① ② ③ ④
- Fähigkeit zur Übernahme von häuslichen, außerberuflichen Pflichten..... ① ② ③ ④
- Fähigkeit zur Beteiligung an Freizeit- und Erholungsaktivitäten..... ① ② ③ ④
- Fähigkeit, mich bei Freizeitaktivitäten zu erholen /zu regenerieren..... ① ② ③ ④
- Fähigkeit zur Selbstversorgung (Körperpflege, gesundheitliche Belange)..... ① ② ③ ④
- Wegefähigkeit (erforderliche Orte erreichen, Benutzung von Verkehrsmitteln)..... ① ② ③ ④

psychische Einschränkungen im Beruf

Was können Sie wegen Ihrer psychischen Probleme in Ihrem Beruf nicht mehr machen oder was fällt Ihnen sehr schwer und seit wann ist dies der Fall (hier sind keine körperlichen Einschränkungen gemeint)?

.....

.....

.....

.....

Da wir bestrebt sind, auch unsere „Befragungsmittel“ zu verbessern:

Waren die Fragen verständlich genug? ja nein

Wenn nein, was und warum unverständlich:

.....
.....

Könnten und würden Sie den Anamnesebogen über das Internet ausfüllen, unter der Voraussetzung einer gesicherten und verschlüsselten Datenübertragung? ja nein

Haben Sie Anregungen zur Verbesserung unserer Fragebögen?

.....
.....
.....

Welches Auswahlkriterium hat Sie zur Dünenwald Klinik geführt?
(Bitte nur ein Auswahlkriterium kreuzen.)

- Ostsee Therapieangebot auf Homepage
- Ausstattung und Beschreibung der Klinik auf Homepage
- Empfehlung durch
- andere Gründe.....

Welche Diagnosen auf psychisch-psychiatrisch-psychosomatischem Gebiet geben Sie sich selber?

Hauptdiagnose

- Erschöpfung Depression Panikstörung
- generalisierte Ängste Zwangserkrankung Psychose
- Persönlichkeitsstörung posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörung chron. Schmerzstörung
- Essattacken Somatisierungsstörung
- andere

Nebendiagnosen

- Erschöpfung Depression Panikstörung
- generalisierte Ängste Zwangserkrankung Psychose
- Persönlichkeitsstörung posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörung chron. Schmerzstörung
- Essattacken Somatisierungsstörung
- andere

Wenn Sie sich jetzt nach der Beantwortung der vielen Fragen eine Pause gönnen und dann Ihre Antworten noch einmal auf sich wirken lassen:

Was ist es, wobei wir Ihnen helfen sollen, was sind Ihre Ziele ?

Da auch diese Frage nicht immer leicht zu beantworten ist, wollen wir Ihnen im Anschluss zur Erleichterung einige Zielbereiche und Ziele nennen, die unserer Erfahrung nach oft auftauchen.

Datum Unterschrift Therapeut

Fragebogen Rehaziele

Ihre persönlichen Ziele für die kommende stationäre Behandlung

- Markieren Sie bitte die für Sie infrage kommenden **maximal 5** Ziele mit einem Kreuz durch das entsprechende Kästchen

Mit Hilfe der stationären Therapie möchte ich...

Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome

Depressives Erleben

- negative, kreisende Gedanken, Grübeleien überwinden
- aus meiner gedrückten oder schwankenden Stimmung, besser umgehen lernen
- mehr Antrieb und Energie bekommen

Ängste

- eine konkrete Angst bewältigen oder besser mit ihr umgehen lernen
- lernen, mit Angst- und Panikanfällen besser umgehen zu können und sie zu reduzieren
- lernen, wieder Dinge zu tun, die ich jetzt aus Angst vermeide

- Schlaf** (meine Schlafprobleme (Ein- / Durchschlafen, frühes Erwachen etc.) bewältigen)

- Körperliche Schmerzen / chronische Krankheiten** (Umgang schulen)

Berufs- und Arbeitsplatzbezogene Ziele

- Arbeitsfähigkeit erlangen, Wiedereingliederung, Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben ... erhalten
- Konflikte am Arbeitsplatz thematisieren und bearbeiten

- Stress** (meine Konfliktfähigkeit / Abgrenzungsfähigkeit (Nein-Sagen) verbessern)

Zwischenmenschlicher Bereich

Elternschaft und aktuelle Familie

- mich mit meiner Vater- bzw. Mutterrolle auseinandersetzen
- die Beziehung zu meinen Eltern verändern (ablösen, Schuldgefühle oder Abhängigkeit überwinden)

Partnerschaftliche und andere Beziehungen

- die Beziehung bestimmten Personen aus dem privaten / beruflichen Umfeld klären / verbessern
- die partnerschaftliche Beziehung verbessern

Alleinsein und Trauer

- allein sein und loslassen können
- den Tod einer geliebten Person verarbeiten

Selbstbehauptung und Abgrenzung

- mich anderen gegenüber besser durchsetzen und abgrenzen lernen
- mit den Reaktionen anderer besser umgehen lernen

Kontakt und Nähe

- lernen, besser mit Menschen Kontakt aufzunehmen und zu pflegen
- Nähe zulassen und Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen lernen

Verbesserung des Wohlbefindens

Bewegung und Aktivität

- meine Freizeit aktiver gestalten (Hobbies, kulturelle Aktivitäten etc.)

Wohlbefinden

- Gelassenheit erlernen
- mehr Optimismus und Lebensfreude entwickeln
- Entspannung trainieren
- lernen, mich in meinem Körper wohl zu fühlen

Selbstbezogene Ziel

- Einstellung zu mir selbst** (Selbstvertrauen / Selbstsicherheit / Selbstakzeptanz entwickeln)

Bedürfnisse und Wünsche

- meine Bedürfnisse wahrnehmen und ausdrücken lernen
 meine Grenzen besser erkennen und danach handeln lernen

Verantwortung, Leistung und Kontrolle

- lernen, Verantwortung für mich selbst zu übernehmen
 Verantwortung und Kontrolle abgeben lernen

- Umgang mit Gefühlen** (Gefühle zulassen und äußern lernen)

- Sonstige Ziele:**

.....

Meine Ziele:

Meine 3 wichtigsten Rehaziele für den Aufenthalt (4.1) in eigenen Worten:

Ziel 1

.....

Ziel 2

.....

Ziel 3

.....



Selbst eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt

Laotse (chinesischer Philosoph ca. im 6. Jahrhundert v. Chr.)

TEIL II: Klinisch-somatische Anamnese (Krankengeschichte)

Ergänzungen Arzt

Name, Vorname:

1.1 Welche körperlichen Beschwerden liegen bei Ihnen vor?

Bitte schildern Sie seit wann, wie häufig, wie intensiv, in welchen Situationen die somatisch-körperlichen Beschwerden bei Ihnen auftreten und wie lange diese ggf. anhalten.

Art, Lokalisation	Seit wann	Wie häufig, Wie lang anhaltend	Intensität auf Skala von 0 -10	Belastungsabhängig? Auslöser?
1)				

1.2 Welche Behandlungen und Maßnahmen bezüglich obiger Beschwerden (unter 1.1) erfolgen aktuell und sind in der Vergangenheit schon erfolgt?

Behandlung / Maßnahme	Von - bis	Mit welchem Erfolg
zu 1)		

Wie ausgeprägt ist Ihr **Krankheitsgefühl** auf **körperlichem Gebiet** (unter Krankheitsgefühl versteht man das subjektive Empfinden eines Menschen, krank zu sein)?

- keines leichtes mittelschweres
- schweres sehr schweres

Einschränkungen im Alltag aus somatischer Sicht

Falls Ihre körperlichen Probleme Sie in Ihrem Alltag einschränken:

wobei:

wie stark:

keine Einschränkungen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **max.**

(bitte Zahl auf der Skala einkreisen)

1.3 Weitere Erkrankungen/Operationen/Unfälle

(a) Welche *körperlichen Erkrankungen* sind bei Ihnen diagnostiziert und seit wann?

.....

(b) Gab es zurückliegend *Operationen oder Unfälle*?

– wenn ja wann:

.....

Gibt es aus (a) / (b) *Folgen*, die sich heute noch zeigen?

.....

Haben sie medizinisch anerkannte Berufserkrankungen?

– wenn ja, welche und seit wann:

.....

Bisherige Rehabilitationsmaßnahmen wegen körperlicher Erkrankungen (wann und wo):

.....

Hatten Sie schon einmal eine **bildgebende Untersuchung Ihres Gehirnes** und wegen welcher Beschwerden? ja nein

Computertomographie-**CCT** (Monat.....Jahr.....) (bitte Befund mitbringen)
Beschwerden:

.....

Magnetresonanztomographie oder Kernspintomographie-**cMRT** (Monat.....Jahr.....) (bitte Befund mitbringen)

Beschwerden:

.....

Haben Sie Risikofaktoren wie:

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| eine Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| erhöhten Blutdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| einen Herzfehler | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Angina pectoris | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Übergewicht | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Bewegungsmangel | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Stress | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Andere.....

Gibt es in Ihrer Familie vererbare körperliche oder familiär gehäufte psychiatrische Erkrankungen?

.....

Medikation bei Aufnahme:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein?

➔ **WICHTIG, bitte aktuellen Medikamentenplan mitbringen!**

Name, Darreichungsform	Einzel-dosis	Wann am Tag, Anzahl (morgens-mittags-abends-zur Nacht)	Seit wann?
<i>Beispiel: Citalopram Tbl.</i>	<i>10 mg</i>	<i>1-0-0-0</i>	<i>05/2016</i>

Ergänzungen Arzt

Vom Aufnahmearzt festgestellte Gefährdungen (z.B. durch Suchtmittel, Selbstgefährdung, bedrohliche Erkrankungen, Allergien, Risikomedikamente...):

Welche Medikamente nehmen Sie nur im Bedarfsfall ein?

Medikament	Wann und wie oft ist Bedarf?
------------	------------------------------

.....

.....

.....

Spezielle Medikamente: nehmen Sie jetzt oder haben Sie früher Medikamente aus folgenden Wirkungsbereichen genommen?

- Gerinnungshemmer früher jetztx (z.B. Tbl.) /Woche
- Schmerzmittel früher jetztx (z.B. Tbl.) /Woche
- Beruhigungsmittel früher jetztx (z.B. Tbl.) /Woche
- Schlafmittel früher jetztx (z.B. Tbl.) /Woche
- Aufputzmittel früher jetztx (z.B. Tbl.) /Woche
- Abführmittel früher jetztx (z.B. Tbl.) /Woche
- Nahrungs-
ergänzungsmittel früher jetztx (z.B. Tbl.) /Woche

Ggf. welche weiteren:

.....

Welche Psychopharmaka haben Sie schon eingenommen?

- Citalopram Escitalopram Sertralin Mirtazapin
- Venlafaxin Bupropion Valdoxan Melatonin
- Amitriptylin Trimipramin Fluctin Tavor
- Olanzapin Risperidon Aripiprazol

andere

Besteht Medikamentenmissbrauch mit Medikamentenabhängigkeit?

- nein ich weiß nicht ja

Wenn ja seit wann, welcher Art, Häufigkeit, ggf. wann früher und wie lange?

.....

1.4. Risikofaktoren und Risikoverhalten

Wieviel Alkohol trinken Sie? täglich gelegentlich nie

Welches Getränk? Wie viel? Wie oft?

.....

.....

Halten Sie sich für alkoholgefährdet? nein ja
Halten Sie sich für alkoholabhängig? nein ja

Hatten Sie qualifizierte Alkoholentgiftungen? nein ja

Hatten Sie qualifizierte Alkoholangzeitentwöhnungen? nein ja

Seit wann besteht nach Alkoholentgiftung eine Abstinenz?

Besuchen Sie eine Selbsthilfegruppe nach Alkoholentgiftung?

- ja, seit nein

Nikotinkonsum:

- Zigaretten E-Zigaretten Shisha
- Zigarren Pfeifen Kautabak

circa (Anzahl) Zigaretten pro Tag seit circa Jahren

Halten Sie sich für nikotinabhängig? nein ja

Haben Sie es schon einmal oder mehrfach versucht mit dem Rauchen aufzuhören und es nicht geschafft?

ja,-mal nein ich will nicht aufhören

Probierkonsum von Drogen ohne Abhängigkeit in der Pubertät?

nein ja falls ja, welche Drogen, wie lange, wieviel:

.....

Regelmäßiger Drogenkonsum in der Gegenwart? : nein ja

Falls ja, welche Drogen, wie lange, wieviel:

.....

Halten Sie sich für drogenabhängig? nein ja

Hatten sie qualifizierte Drogenentgiftungen? nein ja

Hatten sie qualifizierte LZ-Drogenentwöhnungen? nein ja

Verhaltensabhängigkeiten:

nein ich weiß nicht ja

Falls ja:

- Computerspiele
- Geldspiele /Wetten
- Internet
- Chatforen (Facebook...)
- anderes:

negative Folgen aus Abhängigkeit nein ja

(z.B. sozial, finanziell...)

Ggf. welche:

Behandlung(en) wegen Abhängigkeit? nein ja

Wenn ja: wann, wegen was, wie lange, wo, mit welchem Ergebnis?

.....

1.5 Vegetative Anamnese:

- Leiden Sie an Einschlafstörungen? nein ja
- Durchschlafstörungen? nein ja
- Früherwachen? nein ja
- Nachtschweiß? nein ja

Wie ist Ihr Appetit?

- normal appetitlos reduziert
- stark sehr stark

Körpergröße in cm:

Körpergewicht in kg:

Wunschgewicht in kg:

Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert? nein ja

Körpergewichts**abnahme** von kg → auf kg

Gewollte Abnahme? nein ja, durch Bewegung ja, durch Diät

Hatten sie in der Vergangenheit eine Anorexie nein ja

Hatten sie in der Vergangenheit eine Bulimie nein ja

(Anorexie = Magersucht, Bulimie = Ess-Brechsucht)

Körpergewichts**zunahme** von kg → auf kg

Kennen Sie bei sich die Verhaltensweise, wenn es Ihnen nicht gut geht, dass Sie dann vermehrt beliebte Nahrungsmittel verzehren, um Ihre Stimmung zu verbessern („Frustessen“)? nein ja

Falls ja, führen Sie einen Teil Ihrer Körpergewichtszunahme darauf zurück, dass Sie durch schwierig zu unterdrückende **Essattacken** stark zugenommen haben: nein ja

Wollen sie abnehmen? nein ja wieviel kg

Welche Auswirkung hat ggf. Bewegungsmangel?

- keine leichte mittelstarke
- schwere sehr starke

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag? ca. Liter

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? nein ja

wenn ja, welcher Art?

Müssen Sie nachts regelmäßig Wasserlassen? nein ja, mal

Wie ist Ihr Stuhlgang? regelmäßig Verstopfung Durchfälle

Hat sich Ihr Sexualverhalten verändert durch sexuelle Funktionsstörung oder Störungen der Lustempfindung? nein ich weiß nicht ja

wenn ja, welcher Art?

Haben sie eine medizinisch bestätigte Allergie? nein ja
wenn ja, ist ein Nachweis vorhanden? nein ja
(bitte mitbringen!)

Um welche Allergien handelt es sich und mit welchen Symptomen?

.....
.....

Haben sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? nein ja

Falls ja, welche Nahrungsmittel:

.....

Nachweis durch fachärztliche Befunde erfolgt: nein ja
(bitte mitbringen!)

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten (z. B. Vegetarier)?

welche Ernährungsgewohnheiten:

.....

.....

Haben Sie in den letzten 4 Wochen folgende Symptome gehabt:

Fieber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Atemnot	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Husten ohne Auswurf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Husten mit Auswurf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wadenschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herz- oder Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blut im Urin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bei Frauen gynäkologische Fragen:

Die erste Regelblutung war ca. im Alter von Jahren.

Zyklus zurzeit:

regelmäßig unregelmäßig keine Menstruation zurzeit
 Wechseljahre haben begonnen nein ja, seit

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?

davon:

Lebendgeburten

Totgeburten

Fehlgeburten

Schwangerschaftsunterbrechungen

Wurden gynäkologische Operationen durchgeführt? nein

ja und zwar im Jahr Bezeichnung der OP:

Entfernung der Gebärmutter ohne Eierstöcke (Monat/Jahr):

Entfernung der Gebärmutter mit Eierstöcken (Monat/Jahr):

andere Operationen auf gynäk. Gebiet (Monat/Jahr):

Wann war ihr letzte gynäkologische Untersuchung?

Unauffälliges Ergebnis? ja nein

Ergänzungen Arzt

Haben Sie aktuell eine Hormontherapie? ja nein

Was für Hormone / Medikamentenname:

Ovulationshemmer / Antibabypille ja nein

Medikamentennamen:

Hormonspirale ja nein

2.2 Jetzige Tätigkeit

(aktuelle oder – falls arbeitslos oder derzeit ohne Arbeit – letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit) genaue Tätigkeit zurzeit /zuletzt (z. Bsp. LW-Fahrer – nicht Kraftfahrer, Intensivkrankenschwester – nicht Krankenschwester)

Bitte genaue Beschreibung der letzten Tätigkeit:
(was sind Ihre Aufgaben, was genau müssen Sie tun, seit wann?)

.....

..... seit

Berufsbezeichnung:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ohne Abschluss | <input type="checkbox"/> mit Abschluss |
| <input type="checkbox"/> angestellt | <input type="checkbox"/> selbständig |
| <input type="checkbox"/> freischaffend | |

Betriebsgröße, Anzahl Mitarbeiter ca.:

Betriebsärztliche Betreuung ist vorhanden ja nein

Gibt es gesundheitsfördernde Maßnahmen im Unternehmen?

- nein
 ja, und zwar:

Erreichen des Arbeitsplatzes

- | | | | | |
|---|---|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zu Fuß | <input type="checkbox"/> Fahrrad | <input type="checkbox"/> PKW | <input type="checkbox"/> Bus | <input type="checkbox"/> Bahn |
| <input type="checkbox"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln | <input type="checkbox"/> Fahrgemeinschaft | | | |

Wegezeit (Gesamtzeit hin und zurück pro Tag): min.

Arbeitsorganisation, Sonstiges

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr | <input type="checkbox"/> unregelmäßiges Essen |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiterführung | <input type="checkbox"/> Diät nicht möglich |
| <input type="checkbox"/> ständige Konzentration | <input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit |
| <input type="checkbox"/> Anlagensteuerung | <input type="checkbox"/> Feinarbeiten mit angestrengtem Sehen |
| <input type="checkbox"/> Auswärts-Montage | <input type="checkbox"/> Verfügbarkeit (Bereitschaftsdienste usw.) |
| <input type="checkbox"/> lange Arbeitswege | |
| <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit | |

Führen von Kraftfahrzeugen während der Arbeitszeit

- PKW LKW sonstige Fahrzeuge:
 Personenbeförderung Gefahrgut

Ergänzungen Arzt

Arbeitszeit

- regelmäßig unregelmäßig
 Vollzeit Teilzeitarbeit

täglich.....Std., an.....Tagen/Woche

wöchentliche Arbeitszeit: vertraglich: Std.
 tatsächlich: Std.

- häufige Überstunden ja nein

Falls ja:

- Überstundenausgleich mit Freizeit
 Überstundenausgleich finanziell
 Überstundenausgleich durch Arbeitszeitkonto

Arbeitsweise

- Normalschicht flexible Arbeitszeit
 Frühschicht Spätschicht Nachtschicht
 geteilter Dienst Homeoffice
 Zweischichtbetrieb Dreischichtbetrieb
 teilkontinuierliches Schichtmodell – ohne Nachtarbeit
 teilkontinuierliches Schichtmodell – mit Nachtarbeit
 vollkontinuierliches 4 – 5 Schichtmodell (Vollkonti)
 Früh-Spät-Nacht: Vorwärts rotierendes Schichtsystem
 Schnell rotierende Schichtsysteme

Art der Tätigkeit am Arbeitsplatz

Körperhaltung: Sitzen.....%, Stehen.....%, Gehen.....%

- an Maschinen stehend an Maschinen sitzend
 Haltungswechsel möglich? ja nein, kaum

- Heben und Tragen von Lasten bis 10 kgmal/Stunde
 Heben und Tragen von Lasten 10-15 kgmal/Stunde
 Heben und Tragen Lasten über 15 kgmal/Stunde
 Lastengewicht bis max.kg

- Bedienung schwergängiger Hebel
 Kraft 1,5-3 kg mal /Stunde
 Kraft > 3 kg mal /Stunde

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend /hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten /Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- häufiges Treppensteigen Treppensteigen mit Lasten
- auf Gerüsten und Leitern Erfordernis v. Schwindelfreiheit
- außerordentliche Konzentration erforderlich
- erhöhte Unfallgefahr

- starrer, maschinengebundener Arbeitstakt
- Einzelakkord Gruppenakkord

Pausen sind möglich nicht möglich kaum möglich

Besondere äußere Einflüsse bei der Tätigkeit

- starker Lärm, zeitweilig Lärmschutz muß getragen werden
- Arbeit im Freien meist witterungsgeschützt
- Hitze Rauchentwicklung
- Kälte, Zugluft, Nässe starke Staubentwicklung
- Dämpfe, Gase, Gerüche Arbeit bei künstlichem Licht
- räumliche Enge Großraumbüro
- Hantieren mit Gefahrenstoffen:
- sonstige Einflüsse:

2.3. Einschränkungen im Beruf (letzte Tätigkeit)

Was können Sie wegen Ihrer körperlichen Probleme in Ihrem **Beruf** nicht mehr machen oder was fällt Ihnen sehr schwer und seit wann ist dies der Fall (Einschränkungen wegen psychischer Probleme bitte hier nicht schildern, diese werden an anderer Stelle erfragt)?

.....

.....

.....

Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz

.....

.....

Einschränkungen im Alltag

Was können Sie wegen Ihrer körperlichen Probleme in Ihrem **Alltag** nicht mehr machen oder was fällt Ihnen sehr schwer und seit wann ist dies der Fall (Einschränkungen wegen psychischer Probleme bitte hier nicht schildern, diese werden an anderer Stelle erfragt)?

.....

.....

Raum für weitere Bemerkungen und Ergänzungen

.....

.....