

ANAMNESEBOGEN – ambulante Rehabilitation



Sehr geehrte Rehabilitandin! Sehr geehrter Rehabilitand!

Wir dürfen Sie sehr herzlich im David Institut Krems begrüßen.
Um den optimalen Behandlungserfolg zu gewährleisten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen leserlich auszufüllen.

Ihr Name:

Vers.Nr./Geb.Datum: Hausarzt:

E-mail:

Wer soll im Notfall verständigt werden? / Notfallnummer:

► Ihr **letzter Kuraufenthalt** (Datum von wann bis wann, Ort):

.....

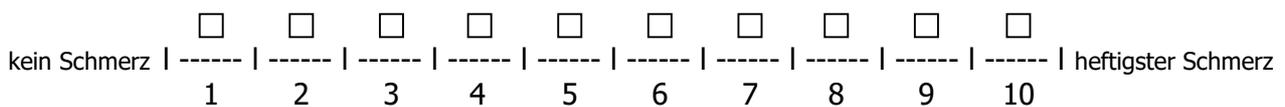
► Unter welchen **Beschwerden** leiden Sie (wo, wie, seit wann)?

.....

.....

.....

► Markieren Sie bitte, in welchem Intensitätsbereich sich ihr Schmerz **DERZEIT** befindet:



► Betreiben Sie **regelmäßig Sport**? Wenn ja, welchen?

.....

► Haben Sie **früher regelmäßig Sport** betrieben? Wenn ja, welchen?

.....

► Betreiben Sie ein **spezifisches Wirbelsäulentraining**?

.....

► Welche **Hobbies** oder **Freizeitaktivitäten** üben Sie aus?

.....

► Welche **Therapieeinheiten** haben Sie nach der Kur positiv in Erinnerung?

.....

► Welche **Vorerkrankungen** (Infektionskrankheiten, Zucker, Bluthochdruck, etc.) sind Ihnen bekannt?

.....

► Welche **Operationen** hatten Sie bereits (allgemein)?

.....

.....

► Treffen **einer oder mehrere der folgenden Punkte** auf Sie zu?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Knochenbruch in den letzten 4 Monaten | <input type="checkbox"/> Operation in den letzten 4 Monaten |
| <input type="checkbox"/> frauenärztliche OP in den letzten 4 Monaten | <input type="checkbox"/> Narbenbrüche |
| <input type="checkbox"/> Missbildung der Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> schwere Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> akuter Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew |
| <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankungen (Angina pectoris) | <input type="checkbox"/> grüner Star, Netzhautablösung |
| <input type="checkbox"/> schwere Gefäßerkrankung (Aneurysma der Aorta, Lungenembolie, Thrombose großer Venen) | |

► **Rauchen** Sie? Ja Nein gelegentlich Wie viel?

► Trinken Sie **Alkohol**? Ja Nein gelegentlich Wie oft/Wie viel?.....

► **Appetit/Durst:** normal Problem:

► **Stuhl/Harn:** normal Problem:

► Tragen Sie **Implantate** (künstliche Gelenke, Herzschrittmacher, etc.)?

.....

► Welche **Medikamente** nehmen Sie derzeit ein?

.....

► Welche **Allergien** sind Ihnen bekannt?

.....

► **Familienstand**, aktuelle Lebenssituation (ledig, verheiratet, geschieden, Anzahl/Alter der Kinder, etc.)

.....

.....

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in

FRAGEBOGEN – zur ambulanten Knie-/Hüft-Rehabilitation

Wenn Sie Knie-/Hüftschmerzen haben, sind alltägliche Dinge oft schwer zu erledigen. Diese Liste enthält Sätze, die Leute verwendet haben, um ihre Knie-/Hüftschmerzen zu beschreiben.

Wenn Sie die Liste durchlesen, fällt Ihnen auf, dass der eine oder andere Satz Ihre Beschwerden von heute am besten beschreibt. Denken Sie bitte nur an die Beschwerden von heute.

Trifft ein Satz für Ihre Beschwerden von heute zu, kreuzen Sie diesen Satz bitte so an: .

Falls ein Satz Sie nicht beschreibt, kreuzen Sie diesen Satz nicht an und gehen zum nächsten. Bitte kreuzen Sie nur diese Sätze an, die am besten Ihre Beschwerden von heute beschreiben.

- Aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen verlasse ich das Haus/ die Wohnung selten.
- Ich wechsele häufig meine Körperhaltung, um mein Knie/meine Hüfte zu entlasten.
- Ich gehe aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen langsamer als üblich.
- Meine Knie-/Hüftschmerzen hindern mich daran, ansonsten übliche Arbeiten im Haushalt zu verrichten.
- Aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen halte ich mich beim Stiegensteigen stets am Geländer fest.
- Aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen lege ich mich häufig zum Ausruhen hin.
- Aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen muss ich mich an etwas festhalten, um aus einem Polstersessel hochzukommen.
- Aufgrund meiner Rückenschmerzen bitte ich häufig andere Menschen, etwas für mich zu erledigen.
- Aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen brauche ich zum Ankleiden länger als üblich.
- Aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen achte ich darauf, nie allzu lange Zeit stehen zu müssen.
- Aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen achte ich darauf, mich so wenig wie möglich zu bücken oder niederzuknien.
- Ich komme aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen nur schwer aus einem Sessel hoch.
- Ich leide beinahe ständig unter Knie-/Hüftschmerzen.
- Meine Knie-/Hüftschmerzen erschweren mir das Umdrehen im Bett.
- Meine Knie-/Hüftschmerzen wirken sich negativ auf meinen Appetit aus

- Bedingt durch meine Knie-/Hüftschmerzen, habe ich Probleme beim Anziehen von Socken (Kniestrümpfen).
- Meine Knie-/Hüftschmerzen erlauben es mir nicht, längere Strecken zu gehen.
- Meine Knie-/Hüftschmerzen beeinträchtigen meinen Schlaf.
- Aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen brauche ich beim Ankleiden Hilfe.
- Bedingt durch meine Knie-/Hüftschmerzen verbringe ich die meiste Zeit sitzend.
- Aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen versuche ich, schwere Arbeiten im Haushalt zu vermeiden.
- Aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen bin ich wesentlich reizbarer und launischer als üblich.
- Bedingt durch meine Knie-/Hüftschmerzen kann ich Treppen nur sehr langsam hinaufgehen.
- Aufgrund meiner Knie-/Hüftschmerzen verbringe ich die meiste Zeit im Bett.

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz (☒) in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Beweglichkeit/Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe einige Probleme herumzugehen
- Ich bin ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten

(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst/Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Um Ihnen die Einschätzung zu erleichtern, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der denkbar beste Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist.

Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

