

# 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:

kein Schmerz |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | heftigster Schmerz  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

► 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 Knie-/Hüftschmerzen 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

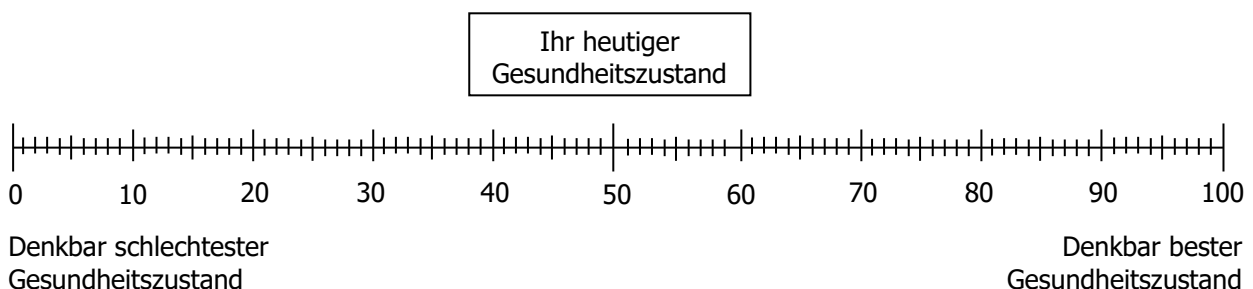
### **Angst/Niedergeschlagenheit**

- 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.**



# FRAGEBOGEN – zur Feststellung von beruflichen Problemlagen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir uns ein Bild von ihrer beruflichen Situation machen können,  
bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Name: ..... Alter: ..... Geschlecht:  männlich  weiblich

## 1. Welche der folgenden Angaben trifft auf ihre derzeitige Erwerbssituation zu?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ganztägig berufstätig                                | <input type="checkbox"/> arbeitslos/erwerbslos                  |
| <input type="checkbox"/> mindestens halbtags berufstätig ( $\geq 20$ Stunden) | <input type="checkbox"/> FrühpensionistIn                       |
| <input type="checkbox"/> weniger als halbtags berufstätig ( $< 20$ Stunden)   | <input type="checkbox"/> PensionistIn                           |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann                                       | <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen nicht erwerbstätig |

## 2. Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?

- nein  ja

## 3. Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

- nein  ja

Falls ja, Wie lange waren Sie insgesamt krankgeschrieben

- unter 1 Woche  1-6 Wochen  7-12 Wochen  13-26 Wochen  >26 Wochen

## 4. Wie stark sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in ihrer Arbeit beeinträchtigt?

Keine Beeinträchtigung  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 völlige Beeinträchtigung

## 5. Wie stellen Sie sich ihre berufliche Zukunft vor? (bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)

### Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich...

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann.  | <input type="checkbox"/> eine Pension beantragen/ bekommen werde. |
| <input type="checkbox"/> in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann. | <input type="checkbox"/> arbeitslos sein werde.                   |
| <input type="checkbox"/> eine andere Arbeit suchen will.           | <input type="checkbox"/> krankgeschrieben sein werde.             |
| <input type="checkbox"/> überhaupt nicht mehr arbeiten kann.       | <input type="checkbox"/> Ich weiß es noch nicht.                  |

## 6. Was erhoffen Sie sich von einem möglichen Reha-Aufenthalt?

### Ich hoffe, dass...

	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
man hier endlich Zeit für mich haben wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die im Fragebogen gewonnenen Daten werden nach den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen erfasst und absolut vertraulich behandelt.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient/in