



**Hausärztliche Gemeinschaftspraxis am Sophienplatz
Sophienplatz 25
49716 Meppen**

Datum: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Anamnese - Patientenfragebogen zum Befundbericht

Patientenvorname: _____

Patientennachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie bei Ihrem Rehabilitationsantrag als Hausarztpraxis unterstützen. Für die Bearbeitung des ärztlichen Befundberichtes benötigen wir Angaben zu Ihren aktuellen Einschränkungen und Problemen bei Ihrer Arbeit und im Alltag.

Der Antrag erfolgt auf:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur onkologischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
- Erwerbsminderungsrente
- _____

Der Antrag wurde mir empfohlen von: _____

Welcher Arbeit gehen Sie nach? _____

Ich bin zur Zeit arbeitsunfähig geschrieben nein Ja, seit: _____, wegen: _____

Wie viele Stunden arbeiten Sie täglich/wöchentlich? _____ h / _____ h

Betreut Sie ein Betriebsarzt/Arbeitsmediziner? .. nein .. ja

Antragsbegründende Diagnosen:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Antragsrelevante Anamnese, einschließlich Krankenhausaufenthalte. Durch welche körperlichen/psychischen Beschwerden fühlen Sie sich am meisten bei der Ausübung Ihrer Arbeit und im Alltag eingeschränkt?

Daraus resultierende Funktionseinschränkungen in Beruf und Alltag. Welche Arbeitstätigkeiten können Sie durch Ihre Beschwerden nicht mehr oder nur mit größerer Anstrengung ausüben, was ist krankheitsbedingt nicht mehr möglich?

Bitte beschreiben Sie körperliche/psychische Belastungen bei Ihrer Arbeit. Zum Beispiel langes Stehen, Bücken oder Hocken? Müssen Sie schwere Lasten tragen oder heben? Leiden Sie unter hohem Arbeitsdruck/Stress? Arbeiten Sie im Schichtsystem? Haben Sie eine belastende Arbeitsumgebung (z.B. Witterung, Lärm, Konflikte)?

Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (z.B. Probleme lösen, Entscheidungen)	<input type="checkbox"/>				
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>				
Kommunikation (z.B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>				
Mobilität (z.B. Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl bzw. Rollstuhl, Treppensteigen)	<input type="checkbox"/>				
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettennutzung)	<input type="checkbox"/>				
Häusliches Leben (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>				

Interpersonelle Aktivitäten (z.B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrecht erhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>				
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (z.B. wirtschaftliche Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/>				
Bedeutende Lebensbereiche Erziehung und Bildung (z.B. sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>				

Beschreibung der Lebensumstände (z.B. allein/mit Familien lebend, in Alteneinrichtung/Pflegeeinrichtung lebend, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung, Unterstützungsbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen.

Sind Sie darüber hinaus durch etwas anderes belastet?

Risikofaktoren oder Gefährdung durch:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Drogen | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Was erhoffen Sie sich als Patientin /als Patient von einer Rehabilitation?

Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel besteht: .. ja .. nein .. mit Begleitung

Ich fühle mich für eine Rehabilitation belastbar: .. ja .. nein

Vielen Dank!