

Anamnesebogen

In diesem Fragebogen werden Sie um einige persönliche Angaben gebeten. Die Antworten sind notwendig, um das Antragsverfahren durchzuführen. Bitte schicken Sie den Anamnesefragebogen vollständig ausgefüllt an uns zurück. Wenn Sie zu einzelnen Fragen keine Antwort geben können machen sie bitte einen Strich Vielen Dank!

1. Angaben zur Person

Name:	Vorname:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Tel:	Email:
Mobil:	Staatsangehörigkeit:
DRV:	RV-Nr.:
Krankenkasse:	selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/>

Ich habe am _____ an der Info-Veranstaltung der REHA-Dannenberg teilgenommen und möchte stationär ganztagsambulant teilnehmen.

Hauptwohnsitz / polizeilich gemeldet:

PLZ, Ort:	Straße:
Nebenwohnsitz vorhanden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Aktuelle Wohnsituation:

- allein in eigener Wohnung in Wohngemeinschaft oder Heim
 mit Partner o. Familie in eigener Wohnung anders:
 bei Familienangehörigen (Eltern, Geschwistern, Kindern)

Familienangehörige und Bezugspersonen:

Name:	Vorname:
PLZ, Ort:	Straße:
Telefon:	Email:
Name:	Vorname:
PLZ, Ort	: Straße:
Telefon:	Email:

Aktuelle familiäre Situation:

- bin allein lebend lebe mit jemand zusammen
 bin verheiratet bin geschieden
 geschieden u. lebe mit jemand Neuem zusammen lebe dauerhaft getrennt
 lebe z.Zt. in Scheidung bin alleinerziehend

Anamnesebogen

Kinderbetreuung und Unterhalt

Kind	Alter	Betreuung gewährleistet?	Unterhaltspflicht?
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie Freunde und soziale Kontakte

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> in der Familie | <input type="checkbox"/> bei Freizeitaktivitäten (Verein...) |
| <input type="checkbox"/> in der Nachbarschaft | <input type="checkbox"/> ich wünsche mir mehr Freunde |
| <input type="checkbox"/> im Beruf | <input type="checkbox"/> in einer Religionsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar | |

Wie würden andere Sie beschreiben?

Wer sind momentan die wichtigsten Personen in Ihrem Leben?

Was mögen Sie an sich?

Wie verbringen Sie bzw. würde Sie gerne Ihre Zeit verbringen? Haben Sie besondere Interessen/Hobbys?

Halten irgendwelche körperlichen oder psychischen Erkrankungen Sie im Moment von Aktivitäten ab, die Sie gerne wahrnehmen würden?

- Nein Ja, welche:

Anamnesebogen

2. Finanzielle Situation

Aktuelles Einkommen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eig. Arbeitseinkommen | <input type="checkbox"/> Krankengeld |
| <input type="checkbox"/> Finanz. Unterstützung d. Angehörige | <input type="checkbox"/> Übergangsgeld |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfe | <input type="checkbox"/> Ausbildungsbeihilfe |
| <input type="checkbox"/> BU-/EU-/Unfall-/Erwerbsminderungs-Rente | <input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen |
| <input type="checkbox"/> Witwen- oder Waisenrente | <input type="checkbox"/> Private BU Versicherung |

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Mit dem monatlichen Einkommen, komme ich gut zurecht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> manchmal |
| Ich bearbeite meine Rechnungen regelmäßig selbst | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> manchmal |
| Ich habe Schulden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Meine Schulden werden geregelt/ Kontakt Schuldnerberatung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |

3. Betreuungssituation

<input type="checkbox"/> Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)	
Name:	Vorname:
PLZ, Ort:	Straße:
Telefon:	Email:
<input type="checkbox"/> Ambulante Betreuung (Wohnen)	
Name:	Vorname:
PLZ, Ort:	Straße:
Telefon:	Email:
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung	
Name:	Vorname:
PLZ, Ort:	Straße:
Telefon:	Email:
Aufgabenkreise:	<input type="checkbox"/> Alle Angelegenheiten
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung

Anamnesebogen

4. Schule / Berufsausbildung / Studium (bitte mit Angaben von Monat und Jahr)

Schule

von / bis	Art und Ort / auch abgebrochene Schulbesuche:

höchster erzielter Schulabschluss? _____

wann? _____ Abschlussnote? _____

Berufsfachschulen

von / bis	Art, Ort und Fachrichtung / auch abgebrochene Schulbesuche

Abgeschlossen? Nein Ja , als _____

Berufsausbildung

von / bis	Art, Ort und Fachrichtung / auch abgebrochene Ausbildungen

Abgeschlossen? Nein Ja , als _____

Beschreiben Sie bitte die Art Ihrer Tätigkeit (welche Aufgaben hatten Sie konkret zu erledigen?):

Sonstige berufliche Qualifikationen (Fremdsprachen-, Schreibmaschinen-, Computer-, Schweißkurse etc.):

Anamnesebogen

Studium

von / bis	Fachrichtung und Ort / auch abgebrochene Studiengänge

Abgeschlossen? Nein Ja , als _____

5. Arbeitssituation (bitte Angaben von Monat/Jahr und Dauer):

Welchen beruflichen Tätigkeiten sind Sie bislang nachgegangen?

von / bis	Dauer	Art der Tätigkeit	Firma

(ggf. gesondertes Blatt benutzen)

Letzte berufliche Tätigkeit

von / bis	Dauer	Art der Tätigkeit	Firma mit Anschrift

Beschreibung Ihrer letzten Tätigkeit (Tätigkeit und Arbeitsplatzbeschreibung):

Versicherungspflichtig Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Schichttätigkeit: Ja Nein

Besondere Belastungen und Anforderungen in dieser Tätigkeit:

Anamnesebogen

Haben Sie körperliche Einschränkungen (die Tätigkeit in bestimmten Berufsfeldern ausschließt)?

Kontakte zu Arbeitsagentur / Jobcenter:

Zeitraum	Ort

Haben Sie bei einer Arbeitsagentur einen Antrag zur beruflichen Rehabilitation gestellt?

Nein Ja , und zwar bei der Arbeitsagentur/beim Jobcenter _____

Wurde eine Testung bei der Arbeitsagentur durchgeführt (Berufseignung, Leistungsdiagnostik o.ä.)?

Nein Ja , und zwar _____

Haben Sie bereits eine berufliche Rehabilitation- und/oder Fördermaßnahme absolviert?

Nein Ja

von/bis	Art und Ort der Maßnahme

Wurde in diesem Rahmen eine Testung durchgeführt? Ja Nein

Wurde(n) die Maßnahme(n) regulär beendet? Ja Nein

Falls abgebrochen, aus welchen Gründen?

Welche Zeiten der letzten 12 Monate waren Sie arbeitsunfähig (AU-Zeiten)?

keine bis mindestens 3 Monate 3 – 6 Monate

6 Monate und mehr ich war in den letzten 12 Monaten nicht erwerbsfähig

Anamnesebogen

7. Medizinisch und psychiatrische Situation

Nennen Sie bitte die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Ursachen Ihrer jetzigen Erkrankung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> körperliche Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> bin nicht krank, andere glauben, ich sei krank | <input type="checkbox"/> bin nicht krank |
| <input type="checkbox"/> Belastung in der Familie / Partnerschaft | <input type="checkbox"/> psychische Störung |
| <input type="checkbox"/> Belastung im Beruf | <input type="checkbox"/> keine Erklärung |
| <input type="checkbox"/> andere, bitte genau angeben: | |

Was belastet Sie zurzeit am meisten?

Wann erfolgte die erste psychiatrische Behandlung?

Ambulant:	Arzt:
Diagnose 1:	Diagnose 2:
Diagnose 3:	Diagnose 4:

Stationär:	Klinik::
Diagnose 1:	Diagnose 2:
Diagnose 3:	Diagnose 4:

Klinikaufenthalte:

von-bis:	1. Klinik:
Diagnose 1:	Diagnose 2:
Diagnose 3:	Diagnose 4:
von-bis:	2. Klinik:
Diagnose 1:	Diagnose 2:
Diagnose 3:	Diagnose 4:
von-bis:	3. Klinik:
Diagnose 1:	Diagnose 2:

Anamnesebogen

Diagnose 3:		Diagnose 4:	
von-bis:	4. Klinik:		
Diagnose 1:		Diagnose 2:	
Diagnose 3:		Diagnose 4:	

Ambulante fachärztliche Behandlung:

Derzeitige psychiatrische Behandlung bei:	
Name:	Telefon:
Anschrift:	

Ambulante psychotherapeutische Behandlung:

Derzeitige psychologische Psychotherapie bei:	
Name:	Telefon:
Anschrift:	

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Name:	Telefon:
Anschrift:	

Trinken Sie alkoholische Getränke (wie Bier, Wein Schnaps, Sekt, Mixgetränke...)?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Was?		
Wieviel?	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche	<input type="checkbox"/> am Wochenende

Haben Sie in den letzten zwei Jahren illegale Drogen (Cannabis, Kokain, Extasy...) konsumiert

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Was?		
Wieviel?	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche	<input type="checkbox"/> am Wochenende

Haben Sie eine Entwöhnungs- oder Entgiftungsbehandlung erhalten? Nein Ja

von-bis:	1. Klinik:
von-bis:	2. Klinik:
von-bis:	3. Klinik:

Anamnesebogen

Leiden Sie unter anderen schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen?

(z.B. Allergien, Asthma, Haut, Rücken, Gelenke, Magen-Darm...)

1.	2.
3.	4.

Umgang mit elektronischen Medien

	tägliche Nutzungsdauer
Smartphone	
Internet (Online-Spiele, Chat, Socialmedia)	
Spielekonsole	
Fernsehen und Video/DVD	

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Nein Ja Grad der Behinderung _____ Merkzeichen: _____

Art der Erkrankung: _____

Beantragt: , beim Versorgungsamt _____ am: _____

Welche Operationen hatten Sie bereits? (mit Angabe Monat/Jahr)

1.	2.
3.	4.

Besteht z.Zt. eine psychopharmakologische Behandlung ? Nein Ja

Wenn ja, bitte aktuelle Medikation

seit wann verschrieben	Medikamentenname, Dosis

Anamnesebogen

Folgende Psychopharmaka wurden mir schon mal verschrieben:

abgesetzt weil	Medikamentenname, Dosis

Besteht eine nicht-psychiatrische Dauermedikation? Nein Ja , folgende:

1.	2.
3.	4.

8. Ressourcen und Unterstützungsbedarfe

Wo sehen Sie Ihre Stärken? Gibt es Leistungen, Fähigkeiten oder Talente, auf die Sie stolz sind oder die Sie freuen?

Können Sie sich vorstellen, wie wir Ihnen in der Reha Dannenberg helfen können?

Welche Ziele haben Sie für Ihre Teilnahme an der medizinischen Rehabilitation?

(mehrere Antworten möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> mehr Ausdauer und Konzentration | <input type="checkbox"/> mich stabilisieren |
| <input type="checkbox"/> besser im Haushalt zurecht zu kommen | <input type="checkbox"/> bessere Kontaktfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Interessen entwickeln/ wieder entdecken | <input type="checkbox"/> mehr Freude erleben |
| <input type="checkbox"/> mehr Selbstständigkeit / Unabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Durchsetzungsvermögen |
| <input type="checkbox"/> andere Ziele: | |

Wie würden Sie selbst die Erkrankung bezeichnen, die diese Rehabilitationsmaßnahme erforderlich macht?

Anamnesebogen

Welche Ziele haben Sie beruflich?

Brauchen Sie Unterstützung im Haushalt? (mehrere Antworten möglich)

- ich brauche keine beim Putzen
 beim Einkaufen beim Wäsche waschen
 beim Kochen
 anders, und zwar

Wie kommen Sie mit der Körperpflege zurecht? (mehrere Antworten möglich)

- ich komme gut zurecht ich habe Schwierigkeiten, alleine damit zurecht zu kommen
mein äußeres Erscheinungsbild ist mir mir fehlt manchmal der Antrieb mich zu pflegen
 wichtig nicht wichtig

Welche Dinge fallen Ihnen schwer? (mehrere Antworten möglich)

- öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen Kontakte zu knüpfen
 Behördengänge zu erledigen meine Freizeit sinnvoll zu gestalten
 meinen Tag zeitlich zu planen Bearbeitung von Post
 Entscheidungen zu treffen / Probleme zu lösen
 anderes und zwar

Einverständniserklärung

Um die Erstellung des Antrages zur medizinischen Rehabilitation, sowie eines Behandlungs- und Rehabilitationsplans zu gewährleisten und die Kostenklärung zu ermöglichen, bin ich mit der Überlassung dieses Fragebogens an die Mitarbeitenden des medizinisch-therapeutischen Dienstes der Reha Dannenberg einverstanden.

Zur Erstellung des Prognosegutachtens ist es notwendig Vorbefunde und –berichte von den bisherigen Behandlungen anzufordern. Dazu benötigen wir eine Schweigepflichtentbindung für jede vorbehandelnde Institution oder Praxis.

Die erhobenen Daten werden bis zu 2 Jahren von uns aufbewahrt, wenn die Maßnahme nicht begonnen wird, um ggf. einen späteren Beginn der Maßnahme zu ermöglichen.

Ihre Zustimmung zu Schweigepflichtentbindungen und Aufbewahrungen Ihrer Daten, kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____