

IB 2: Fragebogen vor Aufnahme

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen online über *Mein REHA Portal* auszufüllen (Formulare IB 2).

Eine Anleitung zur Registrierung und weitere Informationen zum Patient*innenportal finden Sie in den beigefügten Unterlagen. Ist Ihnen eine digitale Übermittlung nicht möglich, senden Sie diese Ausfertigung bitte zeitnah ausgefüllt per E-Mail oder Post an uns zurück.

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihre Behandlung in der Onkologischen Reha ist die Kenntnis Ihrer Krankenvorgeschichte sowie Ihrer beruflichen und sozialen Situation für uns von großer Wichtigkeit. Sie können uns helfen mit diesen Details schneller vertraut zu werden, wenn Sie nachfolgende Fragen beantworten.

Fragen, bei denen Sie unsicher sind, können Sie gerne offenlassen und nach Ihrer Ankunft im persönlichen Gespräch mit Ihrer Stationsärztin / Ihrem Stationsarzt besprechen.

Basisdaten

Angaben zu Ihrer Person

| | | | |
|---|--------------------------------|---------------|------------|
| Nachname | Vorname | Titel | Beruf |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | ____/____/____ Geburtsdatum | Geburtsort | |
| Geburtsname | Staatsangehörigkeit | Familienstand | Konfession |
| Straße | Postleitzahl | Wohnort | |
| E-Mail-Adresse | Mobiltelefon | Telefon | |

Klinikbezug und Unterbringung

Waren Sie schon einmal in unserer Klinik? ☐ nein ☐ ja, Jahr _____

Wie möchten Sie untergebracht werden?

- ☐ im Einzelzimmer (regulär)
☐ im Doppelzimmer (nur bei durchgehendem Aufenthalt der Begleitperson von mind. 14 Tagen möglich)
falls Doppelzimmer, Angaben zur Begleitperson:

| | | |
|----------|--------------|--------------|
| Nachname | Vorname | Mobiltelefon |
| Straße | Postleitzahl | Wohnort |

Aufenthalt der Begleitperson von ____/____/____ **bis** ____/____/____

Die Unterbringung erfolgt im Zustellbett. Bei durchgehendem Aufenthalt von mehr als 14 Tagen im Doppelzimmer, sofern die Belegung es ermöglicht.

Findet die Reha im Anschluss an einen Klinikaufenthalt statt? ☐ ja ☐ nein

Falls „ja“, welche Klinik, wo?

Entlassungsdatum (ggf. voraussichtliches): ____/____/____

Notfallkontakt

Wen sollen wir benachrichtigen, wenn während der Rehamaßnahme bei Ihnen ein Notfall eintritt?

Nachname Vorname Telefon

Straße Postleitzahl Wohnort

Angaben zur Krankenversicherung und Rentenversicherung

Ihre Krankenversicherung

Name der Krankenkasse/-versicherung Anschrift der Krankenkasse (bitte unbedingt angeben)

Falls Sie nicht selbst der/die Hauptversicherte sind:

Nachname Hauptversicherte*r Vorname Hauptversicherte*r / /
Geburtsdatum

Ihre Rentenversicherung

Name der Rentenversicherung:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund | <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg |
| <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Hessen | <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz |
| <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Saarland | <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung (andere): |

Falls „andere“, welche? _____

Rentenversicherungsnummer: _____

Ärzt*innen und einweisende Klinik

Hausärzt*in

| | | |
|--|--------------|---|
| Nachname | Vorname | Telefon |
| Straße | Postleitzahl | Ort |
| Der/die Hausärzt*in soll den Reha-Entlassungsbericht erhalten? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Fachärzt*in

| | | |
|--|--------------|---|
| Nachname | Vorname | Telefon |
| Straße | Postleitzahl | Ort |
| Der/die Fachärzt*in soll den Reha-Entlassungsbericht erhalten? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Einweisende Klinik

| | | |
|---|--------------|---|
| Name der Klinik | Telefon | |
| Ärzt*in/Chefärzt*in | | |
| Straße | Postleitzahl | Ort |
| Die Klinik soll den Reha-Entlassungsbericht erhalten? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Sie selbst erhalten den Reha-Entlassungsbericht auch, ein Exemplar wird an Sie versendet.

Aktuelle Medikation

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

| Medikament | Stärke | seit wann | morgens | mittags | abends | nachts |
|--------------------------|---------------|------------------|----------|----------|----------|----------|
| <i>Beispiel: Aspirin</i> | <i>500 mg</i> | <i>06 / 2012</i> | <i>1</i> | <i>0</i> | <i>1</i> | <i>0</i> |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Gesundheitliche Situation

Eigene Vorerkrankungen mit Zeitangabe (Jahr):

Gibt es Krebserkrankungen bei Großeltern, Eltern, Geschwistern oder Kindern?

☐ nein ☐ ja

falls „ja“, welcher Angehörige, in mütterlicher (m) oder väterlicher (v) Linie, welche Krebserkrankung, in welchem Alter erkrankt?

Welche körperlichen Beschwerden bestehen aktuell durch Krebserkrankung und Krebstherapie?

Welche körperlichen Beschwerden bestehen aktuell durch andere Leiden?

Welche seelischen Beschwerden haben Sie?

Haben Sie Allergien?

☐ nein ☐ ja falls „ja“, welche? _____

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten?

☐ nein ☐ ja falls „ja“, welche? _____

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

☐ nein ☐ ja falls „ja“, welche? _____

Wie ist Ihr Appetit?

☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ wechselnd

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

☐ über 2 l ☐ 1-2 l ☐ unter 1l ☐ unter ½ l

Wie war Ihr Gewichtsverlauf in den letzten 3-6 Monaten?

☐ gleich geblieben ☐ abgenommen ☐ zugenommen

falls „abgenommen“ oder „zugewonnen“, wie viele Kg? _____ Kg in welcher Zeit? _____ Monate

Wie sind Ihre Ernährungsgewohnheiten?

☐ „Normale“ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ andere Diät

falls „andere Diät“, welche? _____

Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

☐ seltener als alle 2 Tage ☐ alle 2 Tage ☐ täglich ☐ häufiger als täglich

falls „häufiger als täglich“, wie häufig pro Tag? _____ mal pro Tag

Welche Beschaffenheit hat Ihr Stuhlgang?

☐ fest ☐ geformt ☐ breiig ☐ wässrig

Können Sie „normal“ Wasser lassen?

☐ ja ☐ nein

falls „nein“, welche Beschwerden treten beim Wasser lassen auf?

Müssen Sie nachts zum Wasser lassen aufstehen?

☐ nein ☐ 1 Mal ☐ 2 Mal ☐ 3 Mal ☐ öfter als 3 Mal

Haben Sie Schlafstörungen?

☐ Guter Schlaf ☐ Einschlafstörung ☐ Durchschlafstörung ☐ Ein- und Durchschlafstörung

Haben Sie Hitzewallungen?

☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

Haben Sie Schweißausbrüche?

☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

Hatten Sie in letzter Zeit Fieber?

☐ nein ☐ ja falls „ja“, welche Temperatur, wann, wie häufig?

Nur für Frauen:

Wann waren die erste und die letzte Monatsblutung? ____/____bis____/____

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? ____

Hatten Sie eine Hormonersatztherapie? ☐ ja ☐ nein
falls „ja“, in welchem Zeitraum? ____/____bis____/____

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? ____ / ____

Soziale Situation und Lebensgewohnheiten

Haben Sie Kinder? ☐ ja ☐ nein
falls „ja“, wie viele und welches Alter?

Leben noch Kinder in Ihrem elterlichen Haushalt? ☐ ja ☐ nein

Wie ist Ihre Wohnsituation?

Bestehen familiäre Probleme, durch die Sie belastet sind?

Bestehen weitere Belastungen?

Benötigen Sie Hilfen für Haushalt, Familie oder Selbstversorgung?

Welche Freizeitaktivitäten / Hobbys haben Sie?

Trinken Sie Alkohol?

☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

falls häufiger als „nie“, wie viele Gläser pro Tag o. Woche, welche alkoholischen Getränke?

Rauchen Sie?

☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

falls häufiger als „nie“, was und wie viel rauchen Sie, seit welchem Alter?

Machen Sie regelmäßig Sport oder haben Sie eine regelmäßige körperliche Bewegung?

☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig

falls häufiger als „nie“, was für eine Sportart, wie viele Stunden pro Woche?

Sind Sie berufstätig?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie aktuell in Elternzeit?

☐ ja ☐ nein

falls „ja“, seit wann, bis wann? ____/____/____ bis ____/____/____

Beziehen Sie eine Rente?

☐ ja ☐ nein

falls „ja“: ☐ Altersrente ☐ Erwerbsminderungsrente ☐ andere Rente

falls „ja“: seit wann? ____/____/____

Haben Sie eine Pflegeeinstufung bzw. diese beantragt?

☐ ja Einstufung mit Grad: ____ ☐ beantragt ☐ nein

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis oder haben sie diesen beantragt?

☐ ja Grad der Behinderung (GdB) von ____ ☐ beantragt ☐ nein, möchte ich nicht

☐ nein, ich möchte aber Informationen darüber

Haben Sie einen Sozialleistungsantrag gestellt (z. B. Antrag auf berufliche Rehabilitation, Antrag auf Erwerbsminderungsrente)?

☐ ja ☐ nein

falls „ja“, Antrag auf? _____

Bestehen durch die oben geschilderten körperlichen oder seelischen Beschwerden Beeinträchtigungen im Alltag, Haushalt, Familienleben, in der Freizeit, beim Hobby etc.?

Datum: ____/____/____ **Unterschrift:** _____

Zusatzangaben für Rentenversicherte

Die nachfolgenden Fragen gelten nur für gesetzlich rentenversicherte Personen im Erwerbsalter. Wenn das auf Sie nicht zutrifft, müssen Sie die Fragen nicht beantworten!

Wenn die Rentenversicherung Kostenträger Ihrer Reha ist, erwartet sie von uns ein Gutachten zu Ihrer Leistungsfähigkeit, dafür benötigen wir die folgenden Angaben.

Bestehen durch die oben geschilderten körperlichen oder seelischen Beschwerden Beeinträchtigungen im Beruf?

Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

S2

☐ ja, im Umfang von ____ Stunden/ Woche mit folgender Tätigkeit: _____

☐ nein, arbeitslos/ erwerbslos seit ____/ ____

☐ nein, Hausfrau/Hausmann seit ____/ ____

☐ nein, Altersrente seit ____/ ____

☐ nein, Ausbildung/Umschulung seit ____/ ____ bis voraussichtlich ____/ ____

☐ nein, Erwerbsminderungsrente seit ____/ ____

Erwerbsminderungsrente ☐ befristet ☐ unbefristet ☐ voll ☐ teilweise

Wegen welcher Erkrankung? _____

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

S3

☐ Hauptschule/Volksschule ☐ Realschule/Mittlere Reife ☐ Abitur/allgemeine Hochschulreife

☐ Fachhochschulreife ☐ Polytechnische Oberschule ☐ kein Schulabschluss

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

☐ ja ☐ nein

falls ja, für welchen Beruf: _____

Zeitlicher Umfang Ihrer Berufstätigkeit:

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit mit ____ Wochenstunden

Arbeitsorganisation:

☐ Tagschicht ☐ Frühschicht ☐ Spätschicht ☐ Nachtschicht ☐ Wochenende

Weg zur Arbeit: ____ Minuten ☐ zu Fuß ☐ Fahrrad ☐ PKW ☐ öffentl. Verkehrsmittel

Bitte beschreiben Sie die Anforderungen der Arbeits- und Berufssituation:

Körperliche Belastungen:

Seelische Belastungen:

weitere Belastungen:

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? nein ☐ ja ☐ seit ____ Wochen S4

Wie lange waren Sie in den vergangenen 12 Monaten krankgeschrieben oder arbeitslos? S5

☐ insgesamt ____ Wochen krankgeschrieben

☐ insgesamt ____ Wochen arbeitslos

Angesichts Ihres Gesundheitszustandes: Wie beurteilen Sie selbst Ihre jetzige berufliche Leistungsfähigkeit? S6

☐ voll leistungsfähig ☐ eingeschränkt leistungsfähig ☐ gar nicht leistungsfähig

Wie hoch schätzen Sie Ihre derzeitige berufliche Leistungsfähigkeit genau ein? ____ %

Sind Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand in Ihrer Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?

☐ ja ☐ nein S7

Können Sie Ihre bisherige berufliche Tätigkeit trotz Ihrer gesundheitlichen Beschwerden zukünftig noch weiter ausüben? S8

☐ nein, sicher nicht ☐ vermutlich nicht ☐ bin unsicher ☐ vielleicht, ja ☐ ja, bestimmt

Wann glauben Sie angesichts Ihres Gesundheitszustandes wieder arbeiten zu können oder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen? Innerhalb von S9

☐ sofort ☐ einem Monat ☐ drei Monaten ☐ sechs Monaten
☐ neun Monaten ☐ einem Jahr oder später ☐ überhaupt nicht mehr

Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können? S10

☐ ja ☐ nein

Überlegen Sie, einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen? S11

☐ ja ☐ nein
☐ ich habe bereits einen Rentenantrag gestellt und zwar am ____/____/____

Insgesamt ist meine berufliche Situation für mich ... S12

☐ stark belastend ☐ etwas belastend ☐ teils teils ☐ eher erfüllend ☐ sehr erfüllend

Wären Therapieangebote zum Thema Beruf während der Rehabilitation für Sie persönlich hilfreich?

☐ sehr hilfreich ☐ etwas hilfreich ☐ nicht hilfreich S13

Datum: ____/____/____ **Unterschrift:** _____

Wir danken Ihnen für die Beantwortung der Fragen!