

## 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 Reha-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
<i>Der/die Hausärzt*in soll den Reha-Entlassungsbericht erhalten?</i>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Fachärzt\*in

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

### Einweisende Klinik

Name der Klinik	Telefon	
Ärzt*in/Chefärzt*in		
Straße	Postleitzahl	Ort
<i>Die Klinik soll den Reha-Entlassungsbericht erhalten?</i>		<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 1 l  unter ½ l

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

gleich geblieben  abgenommen  zugenommen

*falls „abgenommen“ oder „zugenommen“, 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!**