

## **Patientenfragebogen zum Rehabilitationsantrag**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich dazu entschlossen oder Ihnen wurde nahegelegt, eine Rehabilitation (Reha) zu beantragen.

Bitte beantworten Sie nun die folgenden Fragen zu Ihren Lebensumständen, Beeinträchtigungen, Behandlungen, Gesundheit und Gefühlsleben, damit Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihren Rehabilitationsantrag auf Ihre Bedürfnisse abstimmen kann. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich, da Ihre Ärztin/Ihr Arzt die vollständigen Angaben für Ihren Rehabilitationsantrag benötigt. Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten für Sie zutrifft. Zum Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie etwa 25 Minuten. Wir bitten um Ihr Verständnis, wenn Sie die Reihenfolge der Fragen manchmal irritieren sollte. Die Struktur des Fragebogens und die Reihenfolge der Fragen sind durch die Beschaffenheit des Formulars zum Rehabilitationsantrag vorgegeben.

Ihre Angaben werden Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt helfen, die richtigen Behandlungsmaßnahmen zu beantragen und Ihre Rehabilitation an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten möchten, fragen Sie bitte Ihre behandelnde Ärztin/Ihren behandelnden Arzt. Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen an der Rezeption in Ihrer Praxis ab. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre behandelnde Ärztin/Ihren behandelnden Arzt oder an die unten genannten Ansprechpartner/innen.

### **Medizinische Hochschule Hannover**

Klinik für Rehabilitationsmedizin  
Direktor: Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner  
Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
Ansprechpartner: Dipl.-Psych. Roland Kirchhof  
Telefon: 0511/532-8118  
Telefax: 0511/532-16-8164  
Email: kirchhof.roland@mh-hannover.de

### **Regionales Kooperatives Rheumazentrum Hannover e.V.**

Vorsitzender: Dr. med. Ulrich von Hinüber  
Karl-Wiechert-Allee 3, 30625 Hannover  
Ansprechpartnerin: Dipl.-Psych. Sigrid Mattussek  
Telefon: 0511/532-6400  
Telefax: 0511/532-6401  
Email: mattussek.sigrid@mh-hannover.de

**Liebe Patientin, lieber Patient, wir bitten Sie um folgende Angaben, die Ihre Ärztin/  
Ihr Arzt zum Ausfüllen Ihres Rehabilitationsantrages benötigt.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Ausfülldatum:** \_\_\_\_\_ **Praxis-ID-Nr.** (wird von der Praxis ausgefüllt) \_\_\_\_\_

### I. Allgemeine Angaben

**A. Lebenssituation**

allein lebend  mit (Ehe-)Partner/in  betreutes Wohnen   
mit/bei Kindern  Pflegeeinrichtung

**B. Berufliche Situation**

Schüler/in  Hausfrau/-mann  arbeitsunfähig   
Rentner/in  berufliche Tätigkeit  arbeitssuchend   
Student/in  sonstiges: \_\_\_\_\_

**Art der beruflichen Tätigkeit?** \_\_\_\_\_

**Wie viele Stunden** pro Woche? \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie im **Schichtdienst**? ja  nein   
und zwar (Wechseldienst, Nachtdienst): \_\_\_\_\_

Falls zutreffend:  
Seit wann arbeitssuchend? \_\_\_\_\_ (Datum)

Seit wann arbeitsunfähig? \_\_\_\_\_ (Datum)

**C. Sind Sie in der Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?** ja  nein

Art der Einschränkung? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D. Haben Sie einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit** gestellt? ja  nein

Wenn ja, welche Pflegestufe? \_\_\_\_\_

Wurde eine Schwerbehinderung anerkannt? ja  nein

Wenn ja, welcher Schweregrad liegt bei Ihnen vor? \_\_\_\_\_

### II. Angaben zu Ihrer Erkrankung

**1.) Welches sind Ihre Beschwerden?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.) Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.) Wie ist der Verlauf (zunehmend, abnehmend, gleichbleibend)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

*Dieser Bereich wird von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ausgefüllt. Bitte machen Sie mit Bereich IV weiter.*

### IV. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Beeinträchtigungen aufgrund Ihrer Erkrankung.

A. Bereich A wird von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ausgefüllt. Bitte machen Sie mit Bereich B weiter.

**B. Beeinträchtigungen** in folgenden Bereichen:

1.) Haben Sie **Einschränkungen** beim ...?

	keine Einschränkungen	habe Schwierigkeiten bzw. benötige Hilfsmittel	benötige Hilfe durch andere	nicht möglich
Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.) Haben Sie **Einschränkungen** beim ...?

	keine Einschränkungen	habe Schwierigkeiten bzw. benötige Hilfsmittel	benötige Hilfe durch andere	nicht möglich
Wechsel der Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben und Tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand- und Armgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.) Sind Sie in der **Selbstversorgung** eingeschränkt bei der/dem ...?

	keine Einschränkungen	habe Schwierigkeiten bzw. benötige Hilfsmittel	benötige Hilfe durch andere	nicht möglich
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.) Erleben Sie Einschränkungen im Haushalt beim ...?**

	keine Einschränkungen	habe Schwierigkeiten bzw. benötige Hilfsmittel	benötige Hilfe durch andere	nicht möglich
Wäsche waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltgeräte benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5.) Sind Sie in Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und Kontakten eingeschränkt beim/in der ...?**

	keine Einschränkungen	habe Schwierigkeiten bzw. benötige Hilfsmittel	benötige Hilfe durch andere	nicht möglich
Neue Kontakte aufnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakte pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6.) Erleben Sie in anderen wichtigen Lebensbereichen Einschränkungen im/bei ...?**

	keine Einschränkungen	habe Schwierigkeiten bzw. benötige Hilfsmittel	benötige Hilfe durch andere	nicht möglich
Beruf und/oder ehrenamtlicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitbeschäftigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. Gibt es in Ihrem Umfeld weitere belastende oder hilfreiche Einflüsse?**

**1a.) Bestehen Probleme in Ihrem persönlichen und familiären Umfeld** (z.B. Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege oder Tod eines nahestehenden Angehörigen)?

---



---



---

**1b.) Erhalten Sie Unterstützung durch Ihr persönliches und familiäres Umfeld?**

---



---



---

**2a.) Bestehen Probleme in Ihrem beruflichen oder schulischen Umfeld** (z.B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)?

---



---



---

**2b.) Erhalten Sie Unterstützung durch Ihr berufliches oder schulisches Umfeld?**

---

---

---

**3a.) Bestehen Probleme in Ihrem weiteren Umfeld (z.B. sprachliche oder kulturelle Verständigungsschwierigkeiten, Probleme mit Versicherungen, Ämtern und Krankenkassen)?**

---

---

---

**3b.) Erhalten Sie Unterstützung durch Ihr weiteres Umfeld (z.B. Unterstützung durch soziale Dienste, Selbsthilfegruppen)?**

---

---

---

**4a.) Risikofaktoren:**

Nehmen Sie **Drogen**? ja  nein   
Wenn ja, wie häufig pro Woche?: \_\_\_\_\_

Trinken Sie **Alkohol**? ja  nein   
Wenn ja, wie häufig pro Woche?: \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie? ja  nein   
Wenn ja, wie viel pro Tag?: \_\_\_\_\_

**4b.) Persönliche Angaben:**

**Alter:** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:** männlich  weiblich

**Körpergröße (cm):** \_\_\_\_\_ **Gewicht (kg):** \_\_\_\_\_

Treiben Sie **Sport**? ja  nein

Wenn ja, welche Sportarten üben Sie aus?: \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie häufig pro Woche?: \_\_\_\_\_

**V. Bisherige Behandlungen wegen der oben genannten Beschwerden**

**A1.** Waren Sie in den letzten 5 Jahren einmal oder mehrmals wegen der oben genannten Beschwerden im **Krankenhaus**? ja  nein

Wenn ja, in welchem Jahr und für wie lange? (Bitte für jeden Aufenthalt einzeln angeben)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**A2.** Bei welchen **Ärzten/Fachärzten** sind Sie zurzeit in Behandlung?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**B.** Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es **Medikamentenunverträglichkeiten**? ja  nein

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C.** Ich hatte folgende **Behandlungen in den letzten 12 Monaten** (Bitte ankreuzen):

	<input type="checkbox"/>	Wie viele?		<input type="checkbox"/>	Wie viele?
Massagetherapie	<input type="checkbox"/>	_____	Wärme- /Kältetherapie	<input type="checkbox"/>	_____
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	_____	Trainings-/Sporttherapie	<input type="checkbox"/>	_____
Traktionsbehandlung	<input type="checkbox"/>	_____	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	_____
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	_____	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	_____
Inhalation	<input type="checkbox"/>	_____	Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/>	_____

Haben Sie **Anmerkungen** zu bestimmten Behandlungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D.** Benutzen Sie **Hilfsmittel** wie z.B. eine/n Rollator, Rollstuhl, Gehstock, Prothese oder Bandagen?

ja  nein

Wenn ja, welche und seit wann?: \_\_\_\_\_

**E.** Waren oder sind Sie in einer der folgenden **Behandlungen**? (Mehrfach-Nennungen möglich)

	ja	nein		ja	nein
Rehabilitationssport/ Funktionstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Vorsorgeleistungen (z.B. Vorsorgekuren, Vater-Mutter-Kind-Kur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Haben Sie noch **andere Behandlungen** erhalten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### VI. Rehabilitationsfähigkeit

*Dieser Bereich wird von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ausgefüllt. Bitte machen Sie mit Bereich VII weiter.*

#### VII. Rehabilitationsziele

A. Bereich A wird von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ausgefüllt. Bitte machen Sie mit Bereich B weiter.

B. Was möchten Sie in der Rehabilitation erreichen? Bitte beschreiben Sie kurz **Ihre jetzigen Ziele**:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### VIII. Prognose

*Dieser Bereich wird von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ausgefüllt. Bitte machen Sie mit Bereich IX weiter.*

#### IX. Sonstige Angaben

A. Bestehen aus Ihrer Sicht besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung, die berücksichtigt werden sollten (z.B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Anforderungen für geh-, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Personen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

*B-C. Dieser Bereich wird von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ausgefüllt. Bitte machen Sie mit Bereich D weiter.*

D. Möchten Sie **von Ihrem Wohnort weiter entfernt** behandelt werden?

ja       nein       egal

Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E. Möchten Sie in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, so dass Sie **zu Hause schlafen** können?

ja       nein       egal

Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### X. Zusammenfassende Wertung

*Dieser Bereich wird von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ausgefüllt. Bitte machen Sie mit Bereich XI weiter.*

## XI. Weitere Angaben zu Ihren Beschwerden und Einschränkungen (ICF-Core-Sets)

1.) Haben Sie **Schmerzen**? ja  nein

Wenn ja, wo und welcher Art?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie stark sind Sie dadurch  
beeinträchtigt?  gar nicht  leicht  mäßig  erheblich  vollständig

2.) Haben Sie **Muskelschwäche oder Lähmungen**? ja  nein

Wenn ja, wo und welcher Art?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie stark sind Sie dadurch  
beeinträchtigt?  gar nicht  leicht  mäßig  erheblich  vollständig

3.) Ist die **Beweglichkeit Ihrer Gelenke** eingeschränkt? ja  nein

Wenn ja, wo und welcher Art?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie stark sind Sie dadurch  
beeinträchtigt?  gar nicht  leicht  mäßig  erheblich  vollständig

4.) Ist Ihre **Ausdauer und Belastbarkeit** eingeschränkt? ja  nein

Wenn ja, welcher Art?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie stark sind Sie dadurch  
beeinträchtigt?  gar nicht  leicht  mäßig  erheblich  vollständig

5.) Sind Sie zurzeit in Ihrer **Energie oder Ihrem Antrieb** eingeschränkt? ja  nein

Wenn ja, welcher Art?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie stark sind Sie dadurch  
beeinträchtigt?  gar nicht  leicht  mäßig  erheblich  vollständig



6.) Erleben Sie zurzeit **besondere Gefühlszustände** (Sind Sie z.B. besonders traurig, ärgerlich, angespannt, euphorisch oder fühlen Sie sich emotional verletztlich oder instabil? Leiden Sie unter besonderen Ängsten, Sorgen oder unter der Abwesenheit von Gefühlen?) ja  nein

Wenn ja, welcher Art?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie stark sind Sie dadurch  
beeinträchtigt?  gar nicht  leicht  mäßig  erheblich  vollständig

7.) Thema **Schlafstörungen**: Haben Sie Schwierigkeiten, ohne Schlafmittel (z.B. Tabletten) zu schlafen?

ja  nein

Wenn ja, welcher Art?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie stark sind Sie dadurch  
beeinträchtigt?  gar nicht  leicht  mäßig  erheblich  vollständig

Können Sie mit Schlafmitteln gut schlafen? ja  nein

8.) Haben Sie Schwierigkeiten, Ihren **Tagesablauf** zu organisieren (alltägliche Pflichten planen und ausführen, Tagesplan für eigene Aktivitäten aufstellen und einhalten)?

ja  nein

Wenn ja, welcher Art?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie stark sind Sie dadurch  
beeinträchtigt?  gar nicht  leicht  mäßig  erheblich  vollständig

9.) Haben Sie Schwierigkeiten, **mit Stress umzugehen**? ja  nein

Wenn ja, welcher Art?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie stark sind Sie dadurch  
beeinträchtigt?  gar nicht  leicht  mäßig  erheblich  vollständig

## XII. Zuletzt noch einige Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens

1.) **Wie fanden Sie den Fragebogen?** (Bitte beantworten Sie alle Fragen.)

Die Fragen waren...

sehr angemessen	eher angemessen	neutral	eher unangemessen	sehr unangemessen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Fragen waren...

sehr verständlich	eher verständlich	neutral	eher unverständlich	sehr unverständlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Fragebogen war...

viel zu kurz	eher zu kurz	neutral	eher zu lang	viel zu lang
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.) **Wie lange haben Sie etwa zum Ausfüllen dieses Fragebogens gebraucht?**

Etwa \_\_\_\_\_ Minuten

3.) **Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben!**  
**Sie haben Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt damit die Bearbeitung Ihres**  
**Rehabilitationsantrages erleichtert! 😊**

**Ausfülldatum:** \_\_\_\_\_ **Praxis-ID-Nr.** (wird von der Praxis ausgefüllt) \_\_\_\_\_