

Fragebogen

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen. Vielen Dank

Angaben zu Ihrer Person und Gesundheit – Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Straße: _____ PLZ Wohnort: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort -land: _____

Wo haben Sie Ihre Kindheit zugebracht?: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Bei **nicht deutscher** Staatsangehörigkeit - Seit wann leben Sie in Deutschland? _____

Verständigung in deutscher Sprache möglich?

Ja nein Sprache: _____ Dolmetscher: ja nein

Besteht Arbeitsunfähigkeit (seit wann, durch wen bescheinigt)?

ja _____

nein

Derzeit behandelnde Ärzte/Hausarzt/Facharzt (Adresse wenn möglich):

Angaben zu Vorerkrankungen (seit wann): (Zutreffendes bitte einkreisen)

Diabetes mellitus	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	Insulin:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	Medikament:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	Häufigkeit:	_____	
Kopfverletzungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	welcher Art:	_____	
Wirbelsäule	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	welcher Art:	_____	
Bandscheibenleiden	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	welcher Art:	_____	
Gelenke	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	welcher Art:	_____	
Herzerkrankung:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	welcher Art:	_____	
Lungenerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	welcher Art:	_____	
Nierenerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	welcher Art:	_____	
Magenerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	welcher Art:	_____	
Sonst. Erkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	welcher Art:	_____	
			seit: _____		_____	
Schlafstörungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	welcher Art:	_____	
Kopfschmerzen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	seit: _____	welcher Art:	_____	
Sehen	ungestört <input type="checkbox"/>	gestört <input type="checkbox"/>		Brille:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Riechen	ungestört <input type="checkbox"/>	gestört <input type="checkbox"/>			_____	
Schmecken	ungestört <input type="checkbox"/>	gestört <input type="checkbox"/>			_____	
Hören	ungestört <input type="checkbox"/>	gestört <input type="checkbox"/>			_____	
Kinderkrankheiten:	welche: _____					
Allergien:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	welche: _____			

Haben Sie Unfälle erlitten? Wenn ja welche (Berufsunfall/Freizeitunfall) und wann?

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden? Wenn ja, welche und wann?

Familienvorgeschichte (Zutreffendes bitte einkreisen):

Vater: Alter _____ gesund/krank welche Krankheit? _____
verstorben wie alt? _____ Todesursache: _____

Mutter: Alter _____ gesund/krank welche Krankheit? _____
verstorben wie alt? _____ Todesursache: _____

Geschwister (Anzahl; Bruder/Schwester): _____

Sind Sie ledig/verheiratet/geschieden/verwitwet? seit wann? _____

Haben Sie Kinder? _____ Anzahl: _____

Sind Krankheiten in der Familie bekannt? Wenn ja, welche und welches Familienmitglied:

Schulbildung: (Zutreffendes bitte einkreisen)

In welchem Alter sind Sie eingeschult worden? _____

Hauptschulabschluss: ja nein

Weiterführende Schulen: ja nein

Abschluss: _____

Lehre: ja nein

Abschluss: ja nein

Berufsbezeichnung: _____

Studium: ja nein

Abschluss ja nein

Studiengang: _____

Weitere Bemerkungen:

Bisherige Beschäftigungszeiten mit Berufsangabe, Umschulung, Weiterbildung, Arbeitslosenzeiten, Arbeitsunfähigkeitszeiten, evtl. Lebenslauf:

(Von wann bis wann, als Meister, Geselle, Gehilfe etc., bitte alles angeben)

(Falls der Platz nicht ausreicht, eventuell Zusatzblatt verwenden.)

Letzte berufliche Tätigkeit?

Bisherige REHA-Maßnahmen in zeitlicher Folge:

(Von wann bis wann, in welcher Einrichtung, Ort)

Haben Sie einen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen gestellt (wann, bei wem)?

ja _____

nein

Beziehen Sie eine Rente? Wenn ja, seit wann und von wem?

ja _____

nein

Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt (Datum, bei wem)?

ja _____

nein

Vegetative Vorgeschichte:

Welche Störungen?:

Wasserlassen: ungestört: gestört:

Stuhlgang: ungestört: gestört:

Appetit: ungestört: gestört:

Rauchen: nein ja

wie viel: _____

Alkohol: nein ja

wie viel: _____

Derzeitige Behandlung:

(Medikamente mit Namen, Dosierung, sonstige Therapien wie Massagen etc):

Arbeitsmedizinische Fragen zur jetzigen oder letzten Tätigkeit:

Arbeitszeit, wie viele Stunden im Wochendurchschnitt? _____ Stunden

(Im Folgenden bitte das Zutreffende unterstreichen):

Schichtarbeit, Akkordarbeit, gleich bleibende Arbeitszeit.

Überwiegend im Freien, überwiegend in geschlossenen Räumen.

Überwiegend stehend, überwiegend gehend, überwiegend sitzend.

Heben schwerer Lasten, Arbeiten an Maschinen,

viel Lärm, viel Hitze, viel schlechte Luft oder ungesunde Dämpfe.

Ständig hohe Anforderungen an die Konzentration, viel Verantwortung, viel Hektik.

Häufig Fahrten mit dem Pkw, mit dem Lkw, mit anderen Fahrzeugen,

Weitere Besonderheiten Ihrer Tätigkeit:

Angaben zu Ihren jetzigen Beschwerden:

(Bitte ausführliche Angaben, eventuell Zusatzblatt verwenden)

Allgemeine Angaben zur Person, Lebensgewohnheiten:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Sind Sie

Rechtshänder?

Linkshänder?

Lieblingsbeschäftigung in der Freizeit:

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Datum: _____

Unterschrift: _____