

Orthopädischer Fragebogen vor Beginn der Reha

Klinik Porta Westfalica (KU20.F327.05/Version 01/2021)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen soll in Kürze eine medizinische Rehabilitationsbehandlung in der Klinik Porta Westfalica durchgeführt werden.

Wir möchten Sie schon im Vorfeld um Ihre **aktive Unterstützung** bitten. Lesen Sie die folgenden Fragen bitte gewissenhaft und in aller Ruhe zu Hause durch. Zum Teil wurden Antworten vorgegeben, die Sie nur noch ankreuzen müssen (☒) . Andere Fragen beantworten Sie bitte schriftlich () . Wenn der Platz nicht ausreicht, können Sie selbstverständlich noch ein beschriebenes Blatt dazulegen.

Ihre Angaben sind für die individuelle Planung der Rehabilitationsmaßnahme notwendig.

Bitte bringen Sie den **Fragebogen vollständig ausgefüllt** zum vereinbarten Arzttaufnahmetermin mit. Je sorgfältiger Sie die Fragen beantworten, desto genauer kann Ihr Gesundheitszustand eingeschätzt werden und desto gezielter können wir Ihre Behandlung durchführen!

Denken Sie auch an Befunde Ihrer **Röntgenbilder, Computer- und Kernspintomographiebefunde** aus den letzten 2 Jahren, **Arztbefunde/-berichte** und – sofern vorhanden – **Laborwertbestimmungen** aus den letzten 3 Monaten.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Reha-Team

Persönliche Daten

Geben Sie Ihre persönlichen Daten an und **unterschreiben** Sie bitte, dass der Fragebogen von Ihnen **selbst ausgefüllt** worden ist!

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ → Alter: _____ Jahre

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Fragebogen ausgefüllt am: _____

Datum

Unterschrift des Patienten

1. ANAMNESE

1.1 Jetzige Beschwerden

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigungen →

Krankenhausaufenthalte → Bitte schreiben Sie Ihre Krankenhausaufenthalte und Operationen (auch ambulant!) auf!

1. Wo? _____ Warum? _____ Wann? _____
2. Wo? _____ Warum? _____ Wann? _____
3. Wo? _____ Warum? _____ Wann? _____

1.3.1 Internistische/ Rheumatologische/ neurologische Erkrankungen

Zutreffendes ankreuzen

Arterielle Hypertonie	☐ ja	☐ nein
Zuckerkrankheit	☐ ja	☐ nein
Herzkrankheit	☐ ja	☐ nein
Rheuma(Nachgewiesen)	☐ ja	☐ nein
Berufskrankheit anerkannt	☐ ja	☐ nein
Lungenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Gicht	☐ ja	☐ nein

1.3.2 Orthopädische Erkrankungen, Unfälle

Zutreffendes ankreuzen

Knochenbrüche ☐nein
☐ja, welche?  _____

1.3.3 Diagnostik in den letzten 3 Jahren

Zutreffendes ankreuzen

Röntgen:	☐ nein	☐ ja, welche? 	_____
CT:	☐ nein	☐ ja, welche? 	_____
Kernspin(MRT):	☐ nein	☐ ja, welche? 	_____
Neurologie	☐ nein	☐ ja, welche? 	_____

1.3.4 Bisherige therapeutische Maßnahmen

Behandelnde Ärzte:

Hausarzt/Internist: 

Name: Dr. med. _____

Facharzt für ☐ Allgemeinmedizin ☐ Innere Medizin

Straße _____

Plz./Ort: _____

Orthopäde: 

Name: Dr. med. _____

Straße _____

Plz./Ort: _____

Sonstige: 

Medikamente

☐ Keine aktuelle Fremd- oder Selbstmedikation.

☐ Ja,

Name: _____ Dosierung: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Welche Therapien wurden in den letzten 2 Jahren durchgeführt?

Verordnung von schmerzlindernden Medikamenten ☐ ja ☐ nein

„Spritzen“ bzw. „Schmerzinfusionen“ ☐ ja ☐ nein

Chirotherapie („Einrenken“) bzw. Manuelle Medizin ☐ ja ☐ nein

Akupunktur ☐ ja ☐ nein

Spezielle Schmerztherapie ☐ ja ☐ nein

Krankengymnastik ☐ ja ☐ nein

Massagen ☐ ja ☐ nein

Fangopackungen ☐ ja ☐ nein

Bäder ☐ ja ☐ nein

Elektrotherapie ☐ ja ☐ nein

Fitness-/Muskeltraining ☐ ja ☐ nein

Rückenschule ☐ ja ☐ nein

Psychotherapie (ambulant) ☐ ja ☐ nein

Entspannungstraining ☐ ja ☐ nein

Regelmäßig in Eigeninitiative

Wassergymnastik ☐ ja ☐ nein

Schwimmen ☐ ja ☐ nein

Spazieren gehen ☐ ja ☐ nein

Fahrrad fahren ☐ ja ☐ nein

Fitnessstraining ☐ ja ☐ nein

Welche Therapie hat bisher geholfen? 

Disease-Management-Programme (DMP):

☐ Keine Teilnahme

☐ Ja, ☐ KHK ☐ Diabetes mellitus ☐ Asthma bronchiale ☐ Sonstige  _____

Sind Sie schon einmal in Reha gewesen:

☐ Nein

☐ Ja, Wann?  _____ Warum?  _____

Wann?  _____ Warum?  _____

Wann?  _____ Warum?  _____

Sind Sie Mitglied in einer Selbsthilfegruppe?

☐ Nein

☐ Ja, ☐ Rheumaliga ☐ Behinderten Sportverband ☐ Sonstige  _____

1.4 Biographische Anamnese

1.4.1 Krankheitsverständnis → Was halten Sie selbst für die **Ursache** Ihrer Beschwerden?

Zutreffendes bitte ankreuzen

☐ eher körperlich ☐ körperlich und psychisch ☐ eher psychisch ☐ Arbeitsbedingungen

Fühlen Sie sich über die Erkrankung und die krankheitsauslösenden/-beeinflussenden Faktoren ausreichend informiert?

☐ Ja ☐ Nein

1.5 Vegetative Anamnese → bitte beantworten sie folgende Fragen!

Gewicht ☐ konstant ☐ abgenommen ☐ zugenommen → insgesamt _____ kg/letztes Jahr ☐ schwankend

Appetit ☐ gut/normal ☐ schlecht → Speisunverträglichkeiten ✍ _____

Durst ☐ normal ☐ sehr viel Durst ☐ sehr wenig Durst

Stuhlgang ☐ normal ☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ Blähungen

Wasserlassen ☐ normal ☐ gehäuft ☐ (Stress)Inkontinenz ☐ Schmerzen/Brennen beim Wasserlassen
☐ nächtliches Wasserlassen Wie oft? → _____ mal

Schlaf ☐ gut ☐ Einschlaf- ☐ Durchschlafstörungen ☐ morgens unausgeschlafen
☐ häufiges nächtliches Aufwachen → etwa alle _____ Stunden

Schwellungen ☐ „dicke Füße“ ☐ Knöchelödeme ☐ Unterschenkelödeme
☐ Schwellungen des ganzen Beines

Allergien

→ gegen ✍ _____

→ Medikamentenunverträglichkeit ✍ _____

Kopfschmerz ☐ Hinterkopf ☐ Schläfe/n ☐ Stirn ☐ Migräne

Sonstiges ☐ Schwindel ☐ Ohrgeräusche

Befinden ☐ gut ☐ „mittel“ ☐ „schlecht“ ☐ „wechselnd, verschieden“

1.6 Risikofaktoren

Nikotin ☐ Nichtraucher ☐ Ex-Raucher ☐ Raucher, seit _____ ☐ Zigarre ☐ Pfeife
→ Wie viel rauchen Sie? → _____ Zigaretten/Tag

Alkohol ☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig
→ Was und welche Mengen trinken Sie? ✍ _____

Medikamente Regelmäßige Einnahme von → ☐ Schmerzmitteln ☐ Schlaftabletten ☐ Beruhigungsmitteln

Sonstiges ☐ hohe Stressbelastungen → ☐ beruflich ☐ privat ☐ finanziell
☐ Übergewicht, seit _____ Jahren → Maximalgewicht: _____ kg ☐ erfolglose Diäten
☐ Bewegungsmangel

2. SOZIALMEDIZINISCHE ANAMNESE

Soziale Vorgeschichte

2.1.1 Familiäre Situation:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend
☐ allein lebend ☐ in fester Partnerschaft lebend

Zahl der eigenen Kinder: _____, im Alter von: _____ Jahren

→ davon noch zu Hause lebend: _____

2.1.2 Soziale Situation / häusliche Versorgung:

- ☐ uneingeschränkte Selbsthilfefähigkeit
☐ leicht eingeschränkte Selbsthilfefähigkeit

2.1.3 Finanzielle Situation:

- ☐ Keine Probleme ☐ finanzielle Sorgen, durch: _____

2.1.4 Freizeitverhalten

Was machen Sie in Ihrer Freizeit?

Zutreffendes bitte ankreuzen

- ☐ Lesen ☐ Gartenarbeit ☐ Fahrradfahren ☐ Schwimmen
☐ Fernsehen ☐ Handarbeiten ☐ Spaziergehen ☐ Nichts Besonderes

Sonstiges ✎ _____

2.1.5 Psychische und soziale Belastungen:

- ☐ Nein
☐ Ja, ggf. welche? ✎ _____
Waren oder sind Sie in einer Psychotherapie? ☐ Ja ☐ Nein

2.1.6 Soziale Sicherung:

- ☐ eigene Erwerbstätigkeit

- ☐ Arbeitslosigkeit → seit dem _____ → gemeldet beim Arbeitsamt: _____
ALG I ☐ ALG II ☐
☐ von der Krankenkasse ausgesteuert → seit dem: _____

- ☐ Unfallrente (BG) → Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE): _____ % → seit _____

- ☐ Rentenbezug (DRV) ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente auf Zeit → von _____ bis _____
☐ Berufsunfähigkeitsrente → seit _____

- ☐ Pflegegeld → Pflegegrad: _____

Wollen Sie demnächst einen Rentenanspruch stellen? Wenn ja, aus welchen Gründen? Sie können auch mehrere Felder ankreuzen!

- ☐ „keine Vermittelbarkeit“ auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ☐ Langzeit-Arbeitsunfähigkeit/-Arbeitslosigkeit
☐ Fehlen eines behindertengerechten Arbeitsplatzes ☐ drohende Aussteuerung durch die Krankenkasse
☐ Ausgleich bei krankheitsbedingter finanzieller Rückstufung ☐ finanzielle Ergänzung bei Teilzeit-Arbeitsverhältnis
☐ gesundheitliche Gründe: ✎ _____

2.1.7 Schwerbehinderung:

- ☐ anerkannt → Grad der Behinderung (GdB): _____ → seit _____
→ Merkzeichen → Welche? _____
→ Verschlimmerungsantrag ☐ gestellt ☐ geplant ☐ abgelehnt

2.1.8 Sonstiges:

- ☐ Keine
☐ Sozialrechtsstreitigkeiten ✎ _____

2.2 Berufliche Vorgeschichte

2.2.1 Erwerbsstatus:

- ☐ berufstätig ☐ z.Z. nicht berufstätig ☐ Hausfrau/-mann
☐ Wiederaufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit geplant
☐ keine Wiederaufnahme versicherungspflichtiger Tätigkeit geplant

2.2.2 Beruflicher Werdegang: Schulbildung:

- ☐ keine abgeschlossene Schulausbildung ☐ Volks-/Hauptschule
☐ Mittlere Reife/Realschule ☐ Abitur
☐ Hochschulabschluss ☐ Fachhochschule
☐ Sonstige: ✎ _____

Erlernete/r Beruf/e: ☐ kein erlernter Beruf ☐ kein in Deutschland anerkannter Lehrberuf

1. _____ → von _____ bis _____

2. _____ → von _____ bis _____

→ Beschreiben Sie bitte in kurzen Worten **lückenlos** Ihren Berufsweg, beginnend mit Ihrer ersten bis zu Ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit. Geben Sie bitte auch Zeiten der Arbeitslosigkeit, Kindererziehung etc. an.
Auch bei Jahren zurück liegender Tätigkeit (z.B. Hausfrau)

Zeitraum		Tätigkeit/Arbeitsplatz/Branche	Bemerkungen: Besondere Arbeitsbelastungen, Gründe, die zur Aufgabe des Arbeitsplatzes ge-führt haben u.a.
von	bis		

Krankheitsbedingter Arbeitsplatzwechsel / Umschulungen: ☐ Nein Ja ☐ *☒* _____

Letzte Tätigkeit: *☒* _____ ☐ Selbstständig

→ Betriebsgröße: ca. _____ Mitarbeiter ☐ gekündigt seit/zum: _____

→ beschäftigt im Betrieb seit _____

Anschrift des Arbeitgebers: *☒* _____

2.2.3 Beschreibung des Arbeitsplatzes:
Bitte beantworten Sie die folgenden allgemeinen Fragen zu Ihrem Arbeitsplatz (**Wichtig: Bitte auch bei bestehender Arbeitslosigkeit und bei Hausfrauen-Tätigkeit beantworten, bezogen auf letzte versicherungspflichtige berufliche Tätigkeit!**).

Berufliche Stellung ☐ selbstständig ☐ Arbeiter ☐ Facharbeiter ☐ Angestellter

Arbeitszeit ☐ vollschichtig ☐ Teilzeitarbeit

→ _____ **Std./Woche** ☐ häufig Überstunden

Arbeitsrhythmus ☐ normale Arbeitszeit ☐ auch samstags ☐ gesamtes Wochenende

☐ Zwei-Schicht-Arbeit (Früh/Spät) ☐ Drei-Schicht (Früh/Spät/Nacht)

☐ 4-Schicht/ Conti-Schicht

☐ nur Nachtschicht ☐ Außendiensttätigkeit ☐ Montagearbeit

Akkord ☐ Einzelakkord ☐ Gruppenakkord ☐ viele Termine

Weg zur Arbeit ☐ PKW ☐ Bus/Bahn ☐ zu Fuß → Strecke: _____ km

Möglichst genaue Beschreibung von dem was Sie auf der Arbeit machen *☒*

Bitte kreuzen Sie folgende Fragen zu den beruflichen Belastungen an Ihrem jetzigen/letzten Arbeitsplatz an (**Wichtig: Bitte auch bei bestehender Arbeitslosigkeit und bei Hausfrauen-Tätigkeit beantworten, bezogen auf letzte versicherungspflichtige berufliche Tätigkeit!**)

Heben und Tragen pro Tag

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Lasten bis 10kg | | → wie oft am Tag? ☐ _____ x |
| ☐ Lasten von 10-15kg | | → wie oft am Tag? ☐ _____ x |
| ☐ Lasten von 16kg und mehr | | → wie oft am Tag? ☐ _____ x |
| ☐ Heben bis Brusthöhe | ☐ Ständig (mehr als 90%) | ☐ überwiegend (51-90%) ☐ zeitweise(10%) |
| ☐ Heben über Brusthöhe | ☐ Ständig (mehr als 90%) | ☐ überwiegend (51-90%) ☐ zeitweise(10%) |
| ☐ Heben über Kopf | ☐ Ständig (mehr als 90%) | ☐ überwiegend (51-90%) ☐ zeitweise(10%) |

Arbeitshaltung pro Tag

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Stehend | ☐ Ständig (mehr als 90%) | ☐ überwiegend (51-90%) | ☐ zeitweise(10%) |
| ☐ Gehend | ☐ Ständig (mehr als 90%) | ☐ überwiegend (51-90%) | ☐ zeitweise(10%) |
| ☐ Sitzend | ☐ Ständig (mehr als 90%) | ☐ überwiegend (51-90%) | ☐ zeitweise(10%) |
| ☐ Auf Leitern und Gerüsten | ☐ Ständig (mehr als 90%) | ☐ überwiegend (51-90%) | ☐ zeitweise(10%) |
| ☐ Kniend | ☐ Ständig (mehr als 90%) | ☐ überwiegend (51-90%) | ☐ zeitweise(10%) |
| ☐ Überkopfarbeiten | ☐ Ständig (mehr als 90%) | ☐ überwiegend (51-90%) | ☐ zeitweise(10%) |

LKW

Be- und Entladen
Mit Hilfsmitteln
Ohne Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja
☐ nein ☐ ja, welche? ☐ _____
☐ nein ☐ ja

2.2.4 Psychische Belastungen am Arbeitsplatz / Subjektive Einschätzung der Arbeitsplatzsituation:

Zutreffendes bitte ja ankreuzen

- ☐ Der Arbeitsplatz ist sicher. Es besteht eine allgemeine Zufriedenheit. Beruflichen Anforderungen angemessen.
☐ Es besteht keine allgemeine Zufriedenheit. Beruflichen Anforderungen überfordernd.

Können Sie die bisherige Tätigkeit weiter fortsetzen?

☐ Ja ☐ Nein

Schätzten Sie den Arbeitsplatz als gefährdet ein?

☐ Ja ☐ Nein

2.2.5 Berufliche Zukunftsvorstellungen

Zutreffendes bitte ja ankreuzen

- ☐ Keine beruflichen Veränderungswünsche.
☐ Berufliche Tätigkeit aufgrund der

- ☐ Rückenprobleme
☐ Gelenkbeschwerden
☐ Rückenprobleme und Gelenkbeschwerden
☐ Sonstiges ☐ _____

problematisch. Wunsch nach einer leichteren körperlichen Arbeit bei dem bisherigen Arbeitgeber.

Haben Sie konkrete beruflichen Zukunftsvorstellungen?

☐ Nein
☐ Ja, welche ☐ _____

Sind Sie Hausfrau/ Hausmann und wollen in Zukunft nicht wieder versicherungspflichtig beruflich tätig werden.

☐ Nein ☐ Ja

2.2.6 Arbeitsfähigkeit

☐ z.Z. arbeitsfähig

☐ z.Z. arbeitsunfähig, seit dem _____

→ Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig? Insgesamt _____ Wochen

2.3.1 Aktivitätseinschränkungen im Alltag:

Welche **Dinge des täglichen Lebens** können Sie nicht mehr alleine durchführen?

☐ keine Einschränkungen

☐ An-/Ausziehen → im Speziellen:

☐ Hose/Schuhe/Strümpfe anziehen ☐ Pullover/Hemd anziehen

☐ Körperpflege → im Speziellen:

☐ Kämmen

☐ Zähne putzen

☐ Rücken waschen

☐ Einkaufen

☐ Haushaltsführung

☐ Fenster putzen

☐ Gartenarbeit

☐ Auto fahren

☐ Hemd zuknöpfen

☐ Schuhe zubinden

☐ Flasche aufdrehen

Ist Ihre **Gefähigkeit/Mobilität** eingeschränkt? ☐ keine Einschränkung

- ☐ Gehbehinderung → maximale Gehdauer: ca. _____ Std. → maximale Strecke: ca. _____ m
☐ Autofahren eingeschränkt → maximale Fahrdauer ca. _____ Std.
☐ Treppensteigen problematisch → maximal _____ Etage/n (1 Etage hat ca. 10 Stufen)

2.3.2 Aktivitätseinschränkungen und psychosoziale Einschränkungen im Beruf:

☐ keine Einschränkungen

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Heben und Tragen | ☐ längeres Stehen / Gehen | ☐ Haltungskonstanz im Sitzen |
| ☐ Arbeitsbedingungen | ☐ ungünstige Arbeitszeiten | ☐ geringer Verdienst |
| ☐ körperliche Überforderung | ☐ seelische Überforderung | ☐ allgemeine Erschöpfung („Burn out“) |
| ☐ beruflicher Stress | ☐ Konflikte mit dem Arbeitgeber | ☐ Konflikte mit Vorgesetzten |
| ☐ Konflikte mit Kollegen | ☐ „Mobbing“ | ☐ Angst vor Arbeitsplatzverlust |
| ☐ wenig Verantwortung | ☐ keine Entscheidungsfreiheit | ☐ keine Anerkennung der geleisteten Arbeit |
| ☐ fehlende Entwicklungsperspektiven/keine Aufstiegschancen | | ☐ Angst vor dem eigenen Versagen |

2.3.3 Teilhabeeinschränkungen

- ☐ keine Einschränkungen
☐ schmerzbedingt leichte Einschränkungen bei der Selbstversorgung
☐ schmerzbedingt deutliche Einschränkungen bei der Selbstversorgung

3. Rehabilitationsziele

3.1 Aktuelle Reha-Motivation

Welche Ziele würden Sie im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gerne erreichen?

3.1.1 Aktuelle Reha-Motivation

Während der Rehabilitationsmaßnahme können Sie an unseren Gesundheitsangeboten teilnehmen.

- | | | |
|--|---|--|
| Rückenschule | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Schmerzbewältigungstraining | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Autogenes Training | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Tiefmuskelentspannung, | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Psychologische Einzelberatung | ☐ Nein | ☐ Ja, bitte ankreuzen warum, z.B. |
| ☐ Probleme am Arbeitsplatz | ☐ familiäre Probleme | ☐ Sonstige ☐ _____ |
| Sozialberatung | ☐ Nein | ☐ Ja, bitte ankreuzen warum, z.B. |
| ☐ wirtschaftliche Sicherung | ☐ Rente | ☐ Übergangsgeld ☐ GdB Antrag |

3.1.2. Rehabilitationsziele

Bitte nur je 4 Rehaziele ankreuzen und mit je 1-4 markieren, wie wichtig Ihnen das Ziel ist

Körperfunktionen

- ☐ Förderung der Schmerzbewältigung und-Verarbeitung mit dem Ziel der Schmerzreduktion
☐ Verbesserung der körperlichen Entspannungsfähigkeit zur Stärkung der Regenerationsfähigkeit
☐ Kräftigung der Gelenk- und rumpfstabilisierenden Muskulatur
☐ Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit relevanter Körperregionen
☐ Verbesserung der Bewegungswahrnehmung
☐ Verbesserung der allgemeinen Fitness

Aktivitäten und Teilhabe

- ☐ Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Selbsteinschätzung
☐ Verbesselter Umgang und Klärung der aktuellen beruflichen Situation
☐ Verbesselter Umgang und Klärung der aktuellen familiären Situation
☐ Stärkung der psychischen Belastbarkeit
☐ Stärkung der Selbstbehauptungs-, Abgrenzung- Durchsetzungsfähigkeit
☐ Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit