

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 Arztaufnahmetermin 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma(Nachgewiesen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Berufskrankheit anerkannt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
„Spritzen“ bzw. „Schmerzinfusionen“	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chirotherapie („Einrenken“) bzw. Manuelle Medizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Akupunktur	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spezielle Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Massagen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fangopackungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bäder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fitness-/Muskeltraining	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rückenschule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychotherapie (ambulant)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entspannungstraining	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Regelmäßig in Eigeninitiative

Wassergymnastik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwimmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spazieren gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fahrrad fahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fitnessstraining	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 Berufe: 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

→ beschäftigt im Betrieb seit _____

gekündigt seit/zum: _____

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

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lasten bis 10kg | | →wie oft am Tag? \approx _____ x | |
| <input type="checkbox"/> Lasten von 10-15kg | | →wie oft am Tag? \approx _____ x | |
| <input type="checkbox"/> Lasten von 16kg und mehr | | →wie oft am Tag? \approx _____ x | |
| <input type="checkbox"/> Heben bis Brusthöhe | <input type="checkbox"/> Ständig (mehr als 90%) | <input type="checkbox"/> überwiegend (51-90%) | <input type="checkbox"/> zeitweise(10%) |
| <input type="checkbox"/> Heben über Brusthöhe | <input type="checkbox"/> Ständig (mehr als 90%) | <input type="checkbox"/> überwiegend (51-90%) | <input type="checkbox"/> zeitweise(10%) |
| <input type="checkbox"/> Heben über Kopf | <input type="checkbox"/> Ständig (mehr als 90%) | <input type="checkbox"/> überwiegend (51-90%) | <input type="checkbox"/> zeitweise(10%) |

Arbeitshaltung pro Tag

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stehend | <input type="checkbox"/> Ständig (mehr als 90%) | <input type="checkbox"/> überwiegend (51-90%) | <input type="checkbox"/> zeitweise(10%) |
| <input type="checkbox"/> Gehend | <input type="checkbox"/> Ständig (mehr als 90%) | <input type="checkbox"/> überwiegend (51-90%) | <input type="checkbox"/> zeitweise(10%) |
| <input type="checkbox"/> Sitzend | <input type="checkbox"/> Ständig (mehr als 90%) | <input type="checkbox"/> überwiegend (51-90%) | <input type="checkbox"/> zeitweise(10%) |
| <input type="checkbox"/> Auf Leitern und Gerüsten | <input type="checkbox"/> Ständig (mehr als 90%) | <input type="checkbox"/> überwiegend (51-90%) | <input type="checkbox"/> zeitweise(10%) |
| <input type="checkbox"/> Kniend | <input type="checkbox"/> Ständig (mehr als 90%) | <input type="checkbox"/> überwiegend (51-90%) | <input type="checkbox"/> zeitweise(10%) |
| <input type="checkbox"/> Überkopfarbeiten | <input type="checkbox"/> Ständig (mehr als 90%) | <input type="checkbox"/> überwiegend (51-90%) | <input type="checkbox"/> zeitweise(10%) |

LKW

Be- und Entladen
Mit Hilfsmitteln
Ohne Hilfsmittel

- nein ja
nein ja, welche? \approx _____
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 \approx _____

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

Haben Sie konkrete beruflichen Zukunftsvorstellungen?

- Nein
 Ja, welche \approx _____

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

2.3.3 Teilhabeinschränkungen

- 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 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Schmerzbewältigungstraining | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Autogenes Training | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Tiefmuskelentspannung, | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Psychologische Einzelberatung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, bitte ankreuzen warum, z.B. |
| <input type="checkbox"/> Probleme am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> familiäre Probleme | <input type="checkbox"/> Sonstige z _____ |
| Sozialberatung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, bitte ankreuzen warum, z.B. |
| <input type="checkbox"/> wirtschaftliche Sicherung | <input type="checkbox"/> Rente | <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> GdB Antrag |

3.1.2. Rehabilitationsziele

Bitte nur je 4 Rehazielle 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
 Verbessertes Umgang und Klärung der aktuellen beruflichen Situation
 Verbessertes Umgang und Klärung der aktuellen familiären Situation
 Stärkung der psychischen Belastbarkeit
 Stärkung der Selbstbehauptungs-, Abgrenzung- Durchsetzungsfähigkeit
 Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit