

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie möchten gerne eine Anfrage von unserer Praxis beantwortet haben (bspw. Antrag auf medizinische Rehabilitation, Antrag Schwerbehindertenrecht, Versicherungsanfragen, MDK-Anfragen wegen Pflegebedürftigkeit, etc.)

Um die Anfrage so schnell wie möglich bearbeiten zu können, und die Angaben nach Ihrem aktuellen Gesundheitszustand beantworten zu können, bitten wir Sie folgenden Fragebogen auszufüllen.

Unter Umständen empfinden Sie bestimmte Fragen, als für Ihr Anliegen nicht relevant. Da dieser Fragebogen alle Inhalte möglicher Anfragestellen und Anfragegründe beinhaltet, bitten wir Sie diese wenn möglich trotzdem zu beantworten, nicht benötigtes werden wir in Ihrer Anfrage nicht erwähnen.

Bitte bedenken Sie, dass die Beantwortung Ihrer Anfrage auch ohne das Ausfüllen dieses Fragebogens möglich ist. Dies kann aber zur Folge haben, dass nicht alle Fragen beantwortet werden können oder die Beantwortung längere Zeit in Anspruch nehmen kann. Informieren Sie uns aber in jedem Fall ob Sie diesen Fragebogen ausfüllen, so können wir entsprechend reagieren. Sollten Sie Hilfe beim ausfüllen benötigen, kommen Sie auf uns zu.

Organisatorisch: **Datum:** _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anfragestelle (bitte genaue Adresse angeben): Anfragestelle: _____
Abteilung: _____
Straße/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____

Aktenzeichen (wenn vorhanden): _____

Versicherungsnr. Rentenversicherung: _____

Versicherungsnr. Krankenkasse: _____

Grund der Anfrage: Rehabilitationsmaßnahme Schwerbehindertenrecht
 Erwerbsminderungsrente Sonstiges: _____

Wurde Ihnen durch eine Person oder eine der folgenden Stellen empfohlen diese Anfrage zu stellen? Arzt (bitte Name angeben): _____
 Krankenkasse Sozialverband VdK
 MDK Sonstige (bitte genaue Angaben): _____

Pflegegrad/GdB/Merkzeichen (wenn vorhanden) Pflegegrad: _____ seit _____ GdB: _____ seit _____
Merkzeichen: _____ seit _____

Beruflich:

Berufliche Situation Vollzeit Teilzeit Minijob
 Berufstätig als: _____
 Besonderheiten (Schicht- und Nachtarbeit): _____
 Nicht berufstätig (bitte genaue Angaben) _____

Einschränkungen im ausgeübten Beruf: _____

Sozial:

Beschreibung Lebensumstände (alleinlebend, Pflegeheim, Pflege eines Angehörigen, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Schwierigkeiten im sozialen Umfeld,...)

Verständigung in deutscher Sprache möglich?

Ja Nein, in welcher Sprache: _____

Führerschein vorhanden?

Ja Nein

Reisefähigkeit öffentliche Verkehrsmittel?

Ja Ja, nur in Begleitung Nein

Besuche in unserer Praxis

Alleine Begleitung gewünscht (bspw. Ehepartner)
 Begleitung notwendig (körperliche Einschränkungen)

Familienstand

Ledig Verwitwet
 Verheiratet Geschieden
 Lebensgemeinschaft Getrennt lebend

Lebensform (ggf. Mehrfachnennung)

allein Stationäre Einrichtung
 mit Partner Geschlossene Unterbringung
 mit Kind(er) Betreute Wohngemeinschaft
 bei Kind/Kindern Wohnheim
 ohne Wohnsitz Pflegeheim
 bei den Eltern sonstiges _____

Medizinisch:

Hilfsmittel:

Bitte geben Sie an welche Hilfsmittel sie ggf. benutzen und wenn ja in welchem Umfang (zeitweise, dauerhaft, nur für bestimmte Tätigkeiten,...)

Gehstock _____
 Gehstöcke _____
 Gehhilfe (Rollator) _____
 Rollstuhl _____
 Elektro-Rollstuhl _____
 Sonstige: _____

Größe, Gewicht

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Bisherige und aktuelle Medikation

Bitte füllen Sie den unten aufgeführten Medikamentenplan aus!

**Ergänzende Therapieverfahren/
Alternative Therapien**

Krankengymnastik Lymphdrainage Verhaltenstherapie
 Ergotherapie Massagetherapie Biofeedback
 Logopädie Psychotherapie
 Sonstiges: _____

Risikofaktoren

Übergewicht Alkohol Drogen
 Untergewicht Nikotin Medikamente
 Sonstiges: _____

Krankheitsvorgeschichte

Aktuelle Beschwerden

Funktionseinschränkungen/Beeinträchtigungen

	Keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Seit wann
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen, sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilität					
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Max. Gehstrecke ohne erhebliche Schwierigkeiten oder Gefahren und hierfür benötigte Zeit:	_____ Meter		_____ Minuten		
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstversorgung					
Essen / Trinken	<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"/>	
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Arbeitsunfähigkeit:

- Nein Ja, seit wann: _____ wegen was: _____ durch wen: _____
- Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten:
- _____
- _____
- _____

Stationäre Maßnahmen

Rehamaßnahmen in der Vergangenheit

Mitbehandelnde Ärzte

Bitte legen Sie uns ggf. noch Kopien von Befunden (Arztberichten, Untersuchungsbefunden, Krankenhausberichten) vor, welche in Zusammenhang mit Ihrer Anfrage stehen und uns noch nicht vorliegen.

Medikamentenplan

(Bitte auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente/Homöopathische Medikamente oder bspw. Vitamine eintragen)

Medikament und Wirkstärke	Dosis*	Von	Bis	durch	Wegen	ggf. Absetzgrund
<i>Bsp.: Ibuprofen 600 mg</i>	<i>1-0-1-0</i>	<i>1/2020</i>	<i>2/2020</i>	<i>Hausarzt Dr. XY</i>	<i>Kopfschmerzen</i>	<i>Keine Wirkung</i>

* morgens/mittags/abends/Nacht oder nur zu bestimmten Zeiten (bspw. einmal wöchentlich)