

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 *und uns umgehend zukommen zu lassen*.

Unter Umständen empfinden Sie bestimmte Fragen, als für Ihr Anliegen nicht relevant. Da dieser Fragebogen alle Inhalte möglicher Fragestellen 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. *Wir behalten uns vor, Ihre Anfrage auch ohne Fragebogen zu beantworten um vorgegebene Fristen einhalten zu können.*

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
 Erwerbsminderungsrente
 Schwerbehindertenrecht

Sonstiges:

Wurde Ihnen durch eine Person oder eine der folgenden Stellen empfohlen diese Anfrage zu stellen?

- Krankenkasse Sozialverband VdK MDK
 Arzt (bitte Name angeben):

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 Rollstuhl
 Gehstöcke Elektro-Rollstuhl
 Gehhilfe (Rollator) 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen, sowie Stress umgehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mobilität					
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Stehen / Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Max. Gehstrecke ohne erhebliche Schwierigkeiten oder Gefahren und hierfür benötigte Zeit:	<input type="text"/> Meter		<input type="text"/> Minuten		
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Selbstversorgung					
Essen / Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
An- / Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Baden / Duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Toilettenbenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonstige: <input type="text"/>					
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Arbeitsunfähigkeit: Seit wann: [] wegen was: []

- Nein
- Ja

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)