

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
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen, sowie Stress umgehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Kommunikation</b> (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Mobilität</b>					
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"/>	
<b>Selbstversorgung</b>					
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"/>					
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (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"/>	
<b>Gemeinschaftsleben und soziales Leben</b> (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

