

**Praxisfragebogen
zur Einleitung einer medizinischen Reha / Erwerbminderungsrente**

1. Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Rentenversicherungs-Nr.: _____

2. Wegen welcher Beschwerden/ Diagnosen soll die Reha in erster Linie beantragt werden?

3. Sollen weitere Erkrankungen mit in den Antrag aufgenommen werden?

4. Krankheitsvorgeschichte: Bitte geben Sie kurz in Stichworten den zeitlichen Verlauf Ihrer Beschwerden wieder.

5. Waren Sie wegen der oben genannten Beschwerden bei anderen Ärzten oder im Krankenhaus in Behandlung?

6. Welche Funktionseinschränkungen in Beruf und Alltag haben Sie? Was ist krankheitsbedingt nicht mehr möglich?

7. Welche Beeinträchtigungen sind nicht vorübergehend? Wie ausgeprägt sind die Beeinträchtigungen? (Bitte nur ein X pro Zeile)

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (zum Beispiel Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (zum Beispiel tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (zum Beispiel Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (zum Beispiel Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (zum Beispiel Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (zum Beispiel Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (zum Beispiel wirtschaftliche Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (zum Beispiel sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8a. Welche Therapien wurden bisher verordnet (Krankengymnastik, Massage, Ergotherapie, Lymphdrainage, Logopädie usw.)?

8b. Welche Hilfsmittel wurden bisher verordnet (Bandagen, Schiene, Gehstock, Rollator, Pflegebett oder ähnliches)?

8c. Wurden weitere Maßnahmen durchgeführt (Psychotherapie, Rehasport, Patientenschulung, Ernährungsberatung, Kontakt zu Selbsthilfegruppen)?

9. Größe: _____ Gewicht: _____

10. Welche Risikofaktoren liegen bei Ihnen vor?

- Bewegungsmangel Übergewicht Untergewicht Alkohol
 Drogen Medikamente Nikotin Sonstiges

11. Beschreiben Sie bitte Ihre Lebensumstände.

(alleine, mit Familie, in Alteneinrichtung/ Pflegeeinrichtung, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung, Unterstützungsbedarf, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, soziale Isolation, Schwierigkeiten beim Bewältigen von Alltagsproblemen, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement)

12a. Welchen Beruf üben Sie aus?

12b. Arbeiten Sie im Schichtdienst?

- Nein Ja

13. Gibt es Dinge in der Familie oder bei Freunden, die die Problematik verstärken?
(z.B. Wohnsituation, Pflege eines Angehörigen, Partnerkonflikte...)

14. Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor? Nein Ja Pflegegrad _____
 Liegt bei Ihnen eine Behinderung vor? Nein Ja Angaben in % _____
 Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Nein Ja Merkzeichen _____
 (aG, B, BI, GI, G, H, RF)

15. Liegt derzeit eine Arbeitslosigkeit vor?

- Nein Ja Seit wann: _____
 Warum:

16. Haben sich Ihre Beschwerden in den letzten 12 Monaten verbessert (seit):

verschlechtert (seit):

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Wir werden Ihren Antrag schnellstmöglich bearbeiten und Sie über das weitere Procedere informieren.

Ihr Praxisteam Dr. Neidig