

**Bei Aufnahme dem/der behandelnde(n) Arzt /Ärztin geben**

**Fragebögen bitte ausfüllen u. zurücksenden bzw. bei der Aufnahmeuntersuchung dem Arzt geben**

### Rehaziele Orthopädie

Name:                                      Vorname:                                      Pat-Nr.:                                      Zi.-Nr.:

### Was möchten Sie durch diese Rehabilitationsbehandlung für sich erreichen?

Bitte                                      Wählen Sie bitte aus:  
ankreuzen:

- 1    Verbesserung von Mobilität, Muskelkraft, Ausdauer und Schmerzlinderung
- 2    Ausstattung mit erforderlichen Hilfsmitteln (Greifzange, Rollator...)
- 3    Informationen über das Krankheitsbild / Hinweise zur Prävention
- 4    Information über das Leben mit (m)einem Gelenkersatz
- 5    Abwendung von Pflegebedürftigkeit / Wiederherstellen / Erhalt der Selbsthilfefähigkeit
- 6    Wiedereingliederung in das Berufsleben / Alltagsleben
- 7    Zusätzliche persönliche Ziele (Teilhabe am Leben):

**Schreiben Sie bitte auf, was Sie wieder machen bzw. können möchten:**

---

---

---