

**Medizinischer Patientenfragebogen**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Anreise: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Abreise: \_\_\_\_\_

**Bitte spätestens 10 Tage vor Aufnahme zurücksenden****Ihr allgemeiner körperlicher Zustand:**

1.1	Leiden Sie unter Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> Einschlafen	<input type="checkbox"/> Durchschlafen	<input type="checkbox"/> nein	
1.2	Wie war Ihr Appetit?	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> normal	
1.3	Haben Sie in den letzten 3 Monaten ungewollt ab- oder zugenommen?	<input type="checkbox"/> abgenommen	<input type="checkbox"/> zugenommen	<input type="checkbox"/> nein	
1.4	Haben Sie in den letzten 3 Monaten wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten bei Kauen oder Schlucken weniger essen können?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
1.5	Wenn ja, wie groß war Ihre Gewichtsabnahme/-zunahme?	_____ kg	innerhalb von _____ Wochen/ Monaten		
1.6	Wieviel Liter trinken Sie pro Tag?		_____ Liter pro Tag		
1.7	Verspüren Sie Beschwerden beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
1.8	Wenn ja, in welcher Weise?	<input type="checkbox"/> Brennen	<input type="checkbox"/> verzögert	<input type="checkbox"/> kann es nicht halten	<input type="checkbox"/> häufig
1.9	Müssen Sie nachts häufig Wasser lassen?	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x und mehr	<input type="checkbox"/> nein
1.10	Ist Ihr Stuhlgang normal?	<input type="checkbox"/> verändert	<input type="checkbox"/> normal		
1.11	Wenn verändert, in welcher Weise?	<input type="checkbox"/> chronischer Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> kann schlecht halten	
1.12	Schwellen Ihre Beine und Knöchel an?	<input type="checkbox"/> beide	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> nein
1.13	Leiden Sie unter Husten?	<input type="checkbox"/> ganztags	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nein
1.14	Haben Sie Auswurf?	<input type="checkbox"/> gelblich	<input type="checkbox"/> weißlich	<input type="checkbox"/> nein	

**Rauchen, Alkohol, Freizeitaktivitäten in der Vergangenheit / vor Ihrer Krankheit:**

2.1	Haben Sie geraucht?	<input type="checkbox"/> Zigaretten	<input type="checkbox"/> Zigarren	<input type="checkbox"/> Pfeife	<input type="checkbox"/> nein
2.2	Wenn ja, wie viel im Durchschnitt?	_____ pro Tag			
2.3	Haben Sie Alkohol getrunken?	<input type="checkbox"/> sporadisch	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> nein	
2.4	Wenn ja, wie viel im Durchschnitt?	_____ pro Tag			
2.5	Welche Freizeitaktivitäten haben Sie betrieben? Wie oft?				
	2.5.1				
	2.5.2				
	2.5.3				

### Erkrankungen in Ihrer Familie:

3.1 Gab es in Ihrer Familie schwerwiegende Krankheiten?  ja  nein

3.2 Wenn ja, füllen Sie bitte die folgende Tabelle aus:

Krankheit	Vater	Mutter	Geschwister	Großvater	Großmutter
3.2.1 Herzinfarkt vor dem 60. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.2 Herzinfarkt nach dem 60. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.3 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.4 Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.5 Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.6 Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebsart:					

### Ihre Krankheitsgeschichte:

4.1 Hatten Sie bisher andere Erkrankungen, Operationen oder Unfälle?  ja  nein

4.2 Wenn ja, füllen Sie bitte die folgende Tabelle aus:

Datum	Vorerkrankung / Operation / Unfall
<i>Beispiel 12.2002</i>	<i>Bänderriß am linken Kniegelenk</i>
4.2.1	
4.2.2	
4.2.3	
4.2.4	
4.2.5	

**Verlauf Ihrer Krankheit:**

5.1 Hatten Sie bisher andere Erkrankungen, Operationen oder Unfälle?  ja  nein

5.2 Welche Beschwerden hatten Sie zu Beginn Ihrer jetzigen Krankheit?

seit wann? (Datum)	Art der Beschwerden	Häufigkeit
<i>Beispiel 06.2003</i>	<i>Kniegelenksschmerzen</i>	<i>wöchentlich</i>
5.2.1		
5.2.2		
5.2.3		
5.2.4		
5.2.5		

5.3 Wie ist Ihre Krankheit bisher verlaufen?

seit wann? (Datum)	Verlauf
<i>Beispiel 01.2004</i>	<i>Verschlimmerung der Kniegelenksschmerzen</i>
5.3.1	
5.3.2	
5.3.3	
5.3.4	
5.3.5	

5.4 Hatten Sie bis heute bereits Untersuchungen und Therapien?  ja  nein

5.5 Wenn ja, füllen Sie bitte die folgende Tabelle aus:

Datum	Untersuchung / Therapie	Häufigkeit
<i>Beispiel 01.2004</i>	<i>Spritzen/Medikamente</i>	<i>täglich</i>
5.5.1		
5.5.2		
5.5.4		



## Reha-Ziele:

8.1 Welche Ziele möchten Sie für sich durch den Klinikaufenthalt erreichen?

8.1.1

8.1.2

8.1.3

8.1.4

8.1.5

## Ihre Medikamente und Schlafmittel vor der Aufnahme:

M00 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein oder benutzen Sie Salben?

ja

nein

M01 Wenn ja, füllen Sie bitte die folgende Tabelle aus:

	seit wann?	Medikament / Salbe	Menge	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
<i>Beispiel</i>	<i>06.2003</i>	<i>Voltaren</i>	mg / Anz.				<i>100 g</i>
M01.1			mg / Anz.				
M01.2			mg / Anz.				
M01.3			mg / Anz.				
M01.4			mg / Anz.				
M01.5			mg / Anz.				

Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin

