

## Persönliche Daten und Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns über Ihre Anmeldung zur psychosomatischen Behandlung in der Rehaklinik Schwedenstein. Anhand Ihrer Angaben prüfen wir, ob und in welcher Abteilung wir Ihnen die Behandlung oder Rehabilitation anbieten können. Alles was Sie uns mitteilen unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte senden Sie uns den Fragebogen bis eine Woche vor Ihrer Anreise zurück.

Herzlichen Dank!

Ihr Team der Rehaklinik Schwedenstein in Pulsnitz

### Persönliche Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon (privat/beruflich)

Mobil

Bezugstherapeut/In

Patientenaufkleber



## 1. Anamnese

---

Die Rehabilitationsmaßnahme erfolgt auf:

- |                                                              |                                                     |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigenen Wunsch                      | <input type="checkbox"/> Klageverfahren             |
| <input type="checkbox"/> Anregung der Krankenkasse           | <input type="checkbox"/> Widerspruch                |
| <input type="checkbox"/> Anregung Ihres Arztes / Therapeuten | <input type="checkbox"/> abgelehnter Rentenanspruch |
| <input type="checkbox"/> Anregung der Krankenkasse / DRV     | <input type="checkbox"/>                            |
- 

## Jetzige Beschwerden

---

Kreuzen Sie bitte an, welche der folgenden Beschreibungen aktuell auf Sie zutreffen:

- |                                                                      |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> depressive Verstimmungen                    | <input type="checkbox"/> rastlos                                             |
| <input type="checkbox"/> Rededrang                                   | <input type="checkbox"/> Angst das Haus zu verlassen                         |
| <input type="checkbox"/> Angst in Menschenmengen                     | <input type="checkbox"/> Angst zu reisen                                     |
| <input type="checkbox"/> überaktiv                                   | <input type="checkbox"/> sehr schnell ablenkbar                              |
| <input type="checkbox"/> immer fröhlich                              | <input type="checkbox"/> oft den Tränen nahe                                 |
| <input type="checkbox"/> sorglos                                     | <input type="checkbox"/> mein Körper ist mir fremd                           |
| <input type="checkbox"/> müde                                        | <input type="checkbox"/> ich fühle mich wertlos                              |
| <input type="checkbox"/> ich kann mich oft nicht entscheiden         | <input type="checkbox"/> Angst sich zu blamieren                             |
| <input type="checkbox"/> plötzliche Angstanfälle ohne Grund          | <input type="checkbox"/> emotionale Taubheit                                 |
| <input type="checkbox"/> unruhig                                     | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken                                  |
| <input type="checkbox"/> dauerhaft Angst                             | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuche                                  |
| <input type="checkbox"/> ich habe Schuldgefühle                      | <input type="checkbox"/> ständig nervös                                      |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme                      | <input type="checkbox"/> kraftlos                                            |
| <input type="checkbox"/> Intrusionen                                 | <input type="checkbox"/> Alpträume                                           |
| <input type="checkbox"/> kein Interesse/ keine Freude an Aktivitäten | <input type="checkbox"/> unsicher und gehemmt im Umgang mit anderen Menschen |
| <input type="checkbox"/> Dissoziationen                              |                                                                              |

Bestehen sonst andere Beschwerden?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja, welche?

---

---

---

---

---

Wie erklären Sie sich Ihre Beschwerden (Konflikte, Probleme)?

---

---

---

---

---

#### Bisheriger Verlauf der reharelevanten Beeinträchtigungen

Wann traten die Beschwerden/Probleme erstmalig auf?  
Beschreiben Sie die Entwicklung möglichst genau.

---

---

---

Welche Diagnostik und Behandlungen wurden bisher wegen dieser Beschwerden durchgeführt?

---

---

---



Welche psychotherapeutischen Behandlungen haben Sie bisher in Anspruch genommen?

☐ keine Psychotherapie

☐ ambulante Psychotherapie

*Name des Therapeuten*

Adresse

Zeitraum

von

bis

Beschwerden

Haben sich Ihre Beschwerden gebessert?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja, wie haben Sie sich verändert?

### Stationäre Psychotherapie/psychosomatische/medizinische/psychiatrische Reha

*1. Rehaeinrichtung*

Adresse

Zeitraum

von

bis

Beschwerden

Haben sich Ihre Beschwerden gebessert?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja wie haben sie sich verändert?

*2. Rehaeinrichtung*

Adresse

Zeitraum

von

bis

Beschwerden

Haben sich Ihre Beschwerden gebessert?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja wie haben sie sich verändert?

Sind in Ihrem Leben schon einmal andere seelische Probleme aufgetreten?

| Wann? | Welche Form? |
|-------|--------------|
|       |              |
|       |              |
|       |              |
|       |              |
|       |              |

Waren Sie in den letzten 2 Jahren vor Beginn Ihrer jetzigen Erkrankung in bestimmten Bereichen besonderen Konflikten oder Belastungen ausgesetzt? Bitte ankreuzen.

|                          | Bereich               | Erläuterung |
|--------------------------|-----------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Familiensituation     |             |
| <input type="checkbox"/> | Berufliche Situation  |             |
| <input type="checkbox"/> | Wohnsituation         |             |
| <input type="checkbox"/> | Finanzielle Situation |             |
| <input type="checkbox"/> | Gesundheitszustand    |             |
| <input type="checkbox"/> | Sexualität            |             |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges             |             |

Haben oder hatten Sie Probleme mit Ihrem Essverhalten?

☐ Ja☐ Nein☐ Kalorienzählen☐ Fressanfälle☐ Diäten☐ Erbrechen☐ Appetitzügler☐ Abführmittel☐

Fügen Sie sich selbst Verletzungen zu?

☐ Ja☐ Nein☐ sich schneiden☐ kratzen bis es blutet☐ Haare ausreißen☐

Bitte geben Sie Auskunft zu Ihren behandelnden Ärzten:

Hausarzt

Telefonnummer

Adresse

Internist

Telefonnummer

Adresse

Orthopäde

Telefonnummer

Adresse

Psychiater / Neurologe

Telefonnummer

Adresse

|            |               |
|------------|---------------|
| Gynäkologe | Telefonnummer |
| Adresse    |               |

|         |               |
|---------|---------------|
|         | Telefonnummer |
| Adresse |               |

### Familienanamnese

|                                           |                                   |                                            |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| Leibliche Mutter                          |                                   | Leiblicher Vater                           |                                   |
| Geburtsdatum                              |                                   | Geburtsdatum                               |                                   |
| Falls verstorben, wann?                   |                                   | Falls verstorben, wann?                    |                                   |
| Todesursache                              |                                   | Todesursache                               |                                   |
| Beruf                                     |                                   | Beruf                                      |                                   |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit         | <input type="checkbox"/> Vollzeit | <input type="checkbox"/> Teilzeit          | <input type="checkbox"/> Vollzeit |
| Wie beschreiben Sie ihren Erziehungsstil? |                                   | Wie beschreiben Sie seinen Erziehungsstil? |                                   |
| Wesenszüge/ Besonderheiten                |                                   | Wesenszüge/ Besonderheiten                 |                                   |

Meine Kindheit erlebte ich insgesamt eher als:



Welche Person hatte den wichtigsten Einfluss auf Ihre Kindheit (wie beeinflusst)?

---

---

Wo sind Sie aufgewachsen?

☐ Eltern

☐ Großeltern

☐ Heim

☐

---

Beschreiben Sie bitte die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus. Wie gingen Ihre Eltern miteinander und mit den Kindern um? Gab es bestimmte Werte, die für Ihre Familie besonders wichtig waren?

---

---

---

---

Bitte machen Sie Angaben zu Ihren Geschwistern:

| Vorname                 |                                                                     | Vorname                 |                                                                     |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Geburtsdatum            | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum            | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
| Falls verstorben, wann? |                                                                     | Falls verstorben, wann? |                                                                     |
| Beruf                   |                                                                     | Beruf                   |                                                                     |
| Familienstand           |                                                                     | Familienstand           |                                                                     |
| Krankheiten             |                                                                     | Krankheiten             |                                                                     |

|                         |                                                                     |                         |                                                                     |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Vorname                 |                                                                     | Vorname                 |                                                                     |
| Geburtsdatum            | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum            | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
| Falls verstorben, wann? |                                                                     | Falls verstorben, wann? |                                                                     |
| Beruf                   |                                                                     | Beruf                   |                                                                     |
| Familienstand           |                                                                     | Familienstand           |                                                                     |
| Krankheiten             |                                                                     | Krankheiten             |                                                                     |

|                         |                                                                     |                         |                                                                     |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Vorname                 |                                                                     | Vorname                 |                                                                     |
| Geburtsdatum            | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum            | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
| Falls verstorben, wann? |                                                                     | Falls verstorben, wann? |                                                                     |
| Beruf                   |                                                                     | Beruf                   |                                                                     |
| Familienstand           |                                                                     | Familienstand           |                                                                     |
| Krankheiten             |                                                                     | Krankheiten             |                                                                     |

|                         |                                                                     |                         |                                                                     |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Vorname                 |                                                                     | Vorname                 |                                                                     |
| Geburtsdatum            | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum            | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
| Falls verstorben, wann? |                                                                     | Falls verstorben, wann? |                                                                     |
| Beruf                   |                                                                     | Beruf                   |                                                                     |
| Familienstand           |                                                                     | Familienstand           |                                                                     |
| Krankheiten             |                                                                     | Krankheiten             |                                                                     |

Beschreiben Sie bitte die Beziehung zu Ihren Geschwistern:

Früher:

.....

Heute:

.....

Sind in Ihrer Familie seelische bzw. psychiatrische Erkrankungen, Suchterkrankungen oder Selbstmorde bekannt?

☐

Ja

☐

Nein

Gab es besondere Belastungen in Ihrem weiteren Lebenslauf?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Belastende Erlebnisse im sexuellen Bereich?

☐ Ja

☐ Nein

Erfahrungen von Gewalt?

☐ Ja

☐ Nein

.....

.....

.....

.....

## 2. Sozialmedizinische Anamnese

### Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

#### Familiäre Situation

- |                                             |             |                                          |             |
|---------------------------------------------|-------------|------------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> ledig              |             | <input type="checkbox"/> geschieden      | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> verheiratet        | seit: _____ | <input type="checkbox"/> alleinlebend    | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> verwitwet          | seit: _____ | <input type="checkbox"/> getrennt lebend | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft |             |                                          |             |

#### Derzeitiger Ehepartner / Partner

|                                                                     |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Alter:                                                              | Dauer der Beziehung:                                       |
| Beruf:                                                              | Leben Sie mit Ihrem Partner in einem gemeinsamen Haushalt? |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |
| Hobby:                                                              | Was mögen Sie an Ihrem Partner?                            |
| Sonstige im Haushalt lebende Personen:                              | Was stört Sie an Ihrem Partner?                            |

Bitte berichten Sie Einzelheiten aus früheren Partnerschaften/Ehen.

| Zeitraum | Trennungsgrund | Wer hat die Beziehung beendet? |
|----------|----------------|--------------------------------|
|          |                |                                |
|          |                |                                |

Falls Sie bisher keine Ehe eingegangen sind, warum?

---



---



Fühlen Sie sich in Ihrer jetzigen Partnerschaft emotional verstanden?

☐ Ja

☐ Nein

Besteht eine Belastung durch Krankheit des Partners?

☐ Ja

☐ Nein

Besteht Alkohol- oder Drogenmissbrauch des Partners?

☐ Ja

☐ Nein

Gibt es Probleme im sexuellen Bereich?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie Kinder aus Ihrer derzeitigen oder aus früheren Beziehungen?

| Vorname                      |                                                                     | Vorname                      |                                                                     |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Alter                        | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Alter                        | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
| Aus welcher Beziehung / Ehe? |                                                                     | Aus welcher Beziehung / Ehe? |                                                                     |
| Krankheiten:                 |                                                                     | Krankheiten:                 |                                                                     |
| Verhältnis:                  |                                                                     | Verhältnis:                  |                                                                     |

| Vorname                      |                                                                     | Vorname                      |                                                                     |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Alter                        | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Alter                        | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
| Aus welcher Beziehung / Ehe? |                                                                     | Aus welcher Beziehung / Ehe? |                                                                     |
| Krankheiten:                 |                                                                     | Krankheiten:                 |                                                                     |
| Verhältnis:                  |                                                                     | Verhältnis:                  |                                                                     |



Wohnsituation:

- ☐ Stadt ☐ Dorf ☐ Garten
- ☐ Mietwohnung ☐ Eigentumswohnung
- ☐ eigenes Haus ☐ Heim
- ☐ Sonstige Besonderheiten (häusliche Versorgung/Pflege, Wohngemeinschaften)
- ☐
- 

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?



Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation?



regelmäßiges Einkommen

☐ Ja

☐ Nein

ALG

☐ Ja

☐ Nein

Bürgergeld

☐ Ja

☐ Nein

Übergangsgeld

☐ Ja

☐ Nein

Rente

☐ Ja

☐ Nein

Krankengeld

☐ Ja

☐ Nein

Wie sind Ihre sozialen Kontakte?



Beschreiben Sie Ihre Interessen und Hobbys. Wie und mit wem verbringen Sie Ihre Freizeit?

---

---

Haben Sie oder hatten Sie besondere Belastungen im heimatlichen Umfeld (chron. Konflikte, Pflege von Angehörigen etc.)?

☐ Ja ☐ Nein

---

---

---

#### Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

|                                            |                                       |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> angestellt        | <input type="checkbox"/> arbeitslos   |
| <input type="checkbox"/> selbstständig     | <input type="checkbox"/> Rente        |
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung     | <input type="checkbox"/> Vorruhestand |
| <input type="checkbox"/> In Altersteilzeit | <input type="checkbox"/> Hausfrau     |
| <input type="checkbox"/>                   |                                       |

Besteht ein Grad der Behinderung (GdB)?

☐ Ja ☐ Nein

%

Falls ja, welche Behinderungen liegen vor?

Wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor?

☐ teilw. ☐ voll

Wurde ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann wurde der Antrag gestellt?

Wurde ein Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann wurde der Antrag gestellt?



**Berufliche Entwicklung**

| Schulabschluss | Jahr |
|----------------|------|
|                |      |

| Ausbildung | von | bis |
|------------|-----|-----|
|            |     |     |
|            |     |     |
|            |     |     |

**Beruflicher Werdegang**

| Berufliche Tätigkeit | von | bis |
|----------------------|-----|-----|
|                      |     |     |
| Warum gewechselt?    |     |     |
|                      |     |     |

| Berufliche Tätigkeit | von | bis |
|----------------------|-----|-----|
|                      |     |     |
| Warum gewechselt?    |     |     |
|                      |     |     |

| Berufliche Tätigkeit | von | bis |
|----------------------|-----|-----|
|                      |     |     |
| Warum gewechselt?    |     |     |
|                      |     |     |

| Berufliche Tätigkeit | von | bis |
|----------------------|-----|-----|
|                      |     |     |
| Warum gewechselt?    |     |     |
|                      |     |     |

## Jetzige Tätigkeit

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Berufliche Tätigkeit                                                                             | seit                                                                                                                                                                              |
| Tätigkeiten / Aufgabengebiet                                                                     |                                                                                                                                                                                   |
| Was finden Sie an Ihrer Arbeit gut?                                                              |                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Vollzeit                                                                | <input type="checkbox"/> Teilzeit / _____ Stunden<br><input type="checkbox"/> pro Tag <input type="checkbox"/> pro Monat                                                          |
| <input type="checkbox"/> Schichtbetrieb                                                          | <input type="checkbox"/> 2 Schichten <input type="checkbox"/> 3 Schichten <input type="checkbox"/> Nachtschichten                                                                 |
| <input type="checkbox"/> bezahlte Überstunden<br><input type="checkbox"/> unbezahlte Überstunden | Sie leisten ca. _____ Stunden<br><input type="checkbox"/> pro Woche<br><input type="checkbox"/> pro Monat                                                                         |
| Sie erreichen Ihren Arbeitsplatz:                                                                | <input type="checkbox"/> mit dem Auto<br><input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad<br><input type="checkbox"/> zu Fuß<br><input type="checkbox"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln |
| In welcher Körperhaltung verbringen Sie Ihren Arbeitstag?                                        | <input type="checkbox"/> ca. _____ Stunden stehend<br><input type="checkbox"/> ca. _____ Stunden gehend<br><input type="checkbox"/> ca. _____ Stunden sitzend                     |
| Die Entfernung vom Wohnort zum Arbeitsplatz beträgt _____ km.                                    |                                                                                                                                                                                   |

**Bedingungen am Arbeitsplatz**

|                                           |                             |                               |
|-------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sicherheit des Arbeitsplatzes             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verständnis innerhalb der Belegschaft     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Unterstützung durch den Chef/Vorgesetzten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Befriedigende Stellung im Beruf           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Angemessene Entlohnung                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Abwechslungsreiche Arbeit                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Selbständige Arbeitsgestaltung            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Besondere Belastungen und Einflüsse:**

|                                                  |                                                                |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Überstunden             | <input type="checkbox"/> Zeitdruck                             |
| <input type="checkbox"/> Konkurrenzdruck         | <input type="checkbox"/> Mobbing                               |
| <input type="checkbox"/> drohende Umsetzung      | <input type="checkbox"/> unregelmäßiges Essen                  |
| <input type="checkbox"/> Monotone Arbeitsabläufe | <input type="checkbox"/> Hohe Anforderung an das Gedächtnis    |
| <input type="checkbox"/> Vibrationen             | <input type="checkbox"/> Hohe Anforderung an die Konzentration |
| <input type="checkbox"/> Lärm                    | <input type="checkbox"/> Staub                                 |
| <input type="checkbox"/> Hitze                   | <input type="checkbox"/> Gase/Dämpfe                           |
| <input type="checkbox"/> enge Räume              | <input type="checkbox"/> Strahlung                             |
| <input type="checkbox"/> Großraumbüro            | <input type="checkbox"/> Probleme mit Vorgesetzten             |
| <input type="checkbox"/> .....                   | <input type="checkbox"/> .....                                 |

**Arbeitsunfähigkeitszeiten**

Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie lange?

Diagnosen

.....

---

Liegt vor Beginn der Reha-Maßnahme Arbeitsunfähigkeit vor?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja, seit wann?

---

Gibt es Arbeitsversuche, die erfolglos waren?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja, warum?

---

Wurden bereits Entlastungsversuche unternommen?

☐ Ja☐ Nein☐

stufenweise

Wiedereingliederung

☐

Arbeitsplatzwechsel

☐

Umschulung

---

### Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

---

Wie machen sich Ihre derzeitigen Beschwerden im Alltag bemerkbar?

---

---

Wie machen sich Ihre Beschwerden im Beruf bemerkbar?

---

---

Waren Sie in der Lage den zuletzt ausgeübten Beruf weiterhin auszuüben?

☐ Ja☐ Nein

Wenn nein, seit wann?

---

Welche Arbeiten konnten Sie aus welchem Grund nicht mehr verrichten?

---

---

Wie würden Sie sich selbst beschreiben (Charaktereigenschaften, äußere Erscheinung...)?

---

---

Gibt es etwas an Ihren gegenwärtigen Verhaltensweisen, Gefühlen und Einstellungen, dass Sie gern verändern möchten?

---

---

#### Tagesablauf

Bitte schildern Sie einen typischen Tagesablauf in Ihrem Leben.

---

---

---

---

---

---

**Behandlungsziele**

---

Bitte schildern Sie kurz Ihr Hauptanliegen an einer Behandlung in unserer Klinik:

---

---

Auf welche Art, werden Sie Ihrer Vermutung nach während des Aufenthaltes in unserer Klinik, in für Sie typische Schwierigkeiten kommen?

---

---

### 3. Zusatzfragenkatalog Psychoonkologie (sofern für Sie zutreffend)

Sind oder waren Sie bzw. einer Ihrer Familienangehörigen von einer Krebserkrankung betroffen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, bei wem trat diese auf?

.....

Wenn ja, welche Diagnose wurde gestellt?

.....

Wenn ja, wann trat diese auf?

.....

Wurde Ihnen eine psychoonkologische Begleitung bei Diagnosestellung oder im Verlauf der Krebserkrankung angeboten?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, durch wen wurde diese Begleitung angeboten?

☐ Hausarzt

☐ Onkologe

☐ Krankenhaus

☐ Sozialdienst

☐

Haben Sie die psychoonkologische Begleitung angenommen?

☐ Ja

☐ Nein

Wie viele Gespräche hatten Sie im Rahmen der psychoonkologischen Begleitung?

☐ 1 Gespräch

☐ 2-5 Gespräche

☐ mehr als 5  
Gespräche

Wurden Sie über unterstützende Angebote der Deutschen Krebshilfe und Krebsberatungsstellen informiert?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, wann wurden Sie informiert?

☐

bei Diagnosestellung

☐

im Verlauf der  
Behandlung

## Medizinische Daten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns über Ihre Anmeldung zur psychosomatischen Behandlung in der Klinik Schwedenstein. Anhand Ihrer Angaben prüfen wir, ob und in welcher Abteilung wir Ihnen die Behandlung oder Rehabilitation anbieten können. Alles was Sie uns mitteilen unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte senden Sie uns den Fragebogen bis eine Woche vor Ihrer Anreise zurück.

Herzlichen Dank!

Ihr Team der Rehaklinik Schwedenstein in Pulsnitz

### Persönliche Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon (privat/beruflich)

Mobil

Bezugstherapeut/In

Patientenaufkleber



**1. Allgemeine Informationen**

Aktuelle körperliche Beschwerden:

---

---

---

Vorerkrankungen seit der Kindheit und bestehende Erkrankungen:

---

---

---

Sind Sie schon einmal operiert worden?

☐ Ja

☐ Nein

| Datum | Operation | Klinik |
|-------|-----------|--------|
|       |           |        |
|       |           |        |
|       |           |        |
|       |           |        |
|       |           |        |

Waren Sie in den vergangenen 6 Monaten im Ausland?

☐ Ja

☐ Nein

---

---

---

## 2. Vegetative Anamnese

|                                               |                                     |                                     |                                          |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Essverhalten                                  |                                     |                                     |                                          |
| Appetit:                                      | <input type="checkbox"/> normal     | Sättigungsgefühl:                   | <input type="checkbox"/> vorhanden       |
|                                               | <input type="checkbox"/> vermehrt   |                                     | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
|                                               | <input type="checkbox"/> vermindert |                                     |                                          |
|                                               | <input type="checkbox"/> schwankend |                                     |                                          |
| Appetit unter Stress                          | <input type="checkbox"/> vermehrt   | Liegt oder lag eine Essstörung vor? | <input type="checkbox"/> Ja              |
|                                               | <input type="checkbox"/> vermindert |                                     | <input type="checkbox"/> Nein            |
|                                               | <input type="checkbox"/> unabhängig |                                     |                                          |
| In welcher Form?                              |                                     |                                     |                                          |
| Gewicht                                       |                                     |                                     |                                          |
| Gewichtsentwicklung in den letzten 6 Monaten: |                                     |                                     |                                          |
| Aktuelles Gewicht                             | _____ kg                            | durch Zunahme                       | _____ kg                                 |
| Körpergröße                                   | _____ cm                            | durch Abnahme                       | _____ kg                                 |
| Trinkmenge                                    |                                     |                                     |                                          |
| Wieviel trinken Sie täglich:                  |                                     | _____ Liter                         |                                          |
| Was trinken Sie täglich:                      |                                     | _____                               |                                          |
| Wasserlassen                                  |                                     |                                     |                                          |
| <input type="checkbox"/>                      | ohne Beschwerden                    | <input type="checkbox"/>            | unkontrollierter Harndrang               |
| <input type="checkbox"/>                      | häufiger Harndrang                  | <input type="checkbox"/>            | nächtliches Wasserlassen                 |
| <input type="checkbox"/>                      | Brennen                             | <input type="checkbox"/>            | _____ x / Nacht                          |
| Stuhlgang                                     |                                     |                                     |                                          |
| <input type="checkbox"/>                      | regelmäßig                          | <input type="checkbox"/>            | Neigung zu Verstopfung                   |
| <input type="checkbox"/>                      | unregelmäßig                        | <input type="checkbox"/>            | Neigung zu Durchfall                     |
| Schlaf                                        |                                     |                                     |                                          |
| <input type="checkbox"/>                      | ungestört/gut                       | <input type="checkbox"/>            | Durchschlafstörungen                     |
| <input type="checkbox"/>                      | Einschlafstörungen                  | <input type="checkbox"/>            | frühes Erwachen                          |
| <input type="checkbox"/>                      | nur mit Schlafmittel                | <input type="checkbox"/>            |                                          |
| Schwitzen                                     |                                     |                                     |                                          |
| <input type="checkbox"/>                      | Nein                                | <input type="checkbox"/>            | Ja, nur nachts                           |
| <input type="checkbox"/>                      | auch tagsüber                       | <input type="checkbox"/>            |                                          |
| Allergien                                     |                                     |                                     |                                          |
| <input type="checkbox"/>                      | Heuschnupfen                        | <input type="checkbox"/>            | Tierhaarallergie                         |
| <input type="checkbox"/>                      | Insektenstiche                      | <input type="checkbox"/>            |                                          |

### 3. Familienanamnese

Kommen oder kamen in Ihrer Familie folgende Erkrankungen vor?  
(Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder)

|                          | Erkrankung                | Wenn ja, beim wem? |
|--------------------------|---------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus         |                    |
| <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck             |                    |
| <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörungen |                    |
| <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden             |                    |
| <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen          |                    |
| <input type="checkbox"/> | Schlaganfall              |                    |
| <input type="checkbox"/> | Krebserkrankungen         |                    |
| <input type="checkbox"/> | Seelische Erkrankungen    |                    |
| <input type="checkbox"/> | Suchterkrankungen         |                    |
| <input type="checkbox"/> | Selbstmorde               |                    |

### 4. Gynäkologische Anamnese

erste Regelblutung

\_\_\_\_\_ Jahre

Regelblutung

☐ regelmäßig

☐ unregelmäßig

Menopause seit:

Schwangerschaften

\_\_\_\_\_ Anzahl

Geburten

\_\_\_\_\_ Anzahl

Fehlgeburten

\_\_\_\_\_ Anzahl

Abbrüche

\_\_\_\_\_ Anzahl

Nehmen Sie hormonelle Verhütungsmittel?

☐ Ja

☐ Nein

Operationen im gynäkologischen Bereich?

☐ Ja

☐ Nein



Wenn ja, welche?

Wann waren Sie zuletzt beim Frauenarzt?

## 5. Urologische Anamnese

Waren Sie bereits bei einem Urologen?

☐ Ja

☐ Nein

| Datum | Beschwerden |
|-------|-------------|
|       |             |
|       |             |

Gab es in der Vergangenheit urologische Beschwerden?

Harnverhalt

☐ Ja

☐ Nein

Prostataentzündung

☐ Ja

☐ Nein

Hodenhochstand in der Kindheit

☐ Ja

☐ Nein

☐ Ja

☐ Nein

## 6. Vorsorgeuntersuchungen

Welche Vorsorgeuntersuchungen haben Sie bis jetzt wahrgenommen?

|                          | Vorsorgeuntersuchung | Wenn ja, wann? |
|--------------------------|----------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Mammographie         |                |
| <input type="checkbox"/> | Prostatauntersuchung |                |
| <input type="checkbox"/> | Hautcheck            |                |
| <input type="checkbox"/> |                      |                |

## 7. Suchtanamnese

### Umgang mit Suchtstoffen (Alkohol, THC und illegalen Drogen)

Ein verantwortungsvoller Umgang mit Suchtmitteln ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie.

#### 1. Im Falle einer bekannten Abhängigkeit

Ein nachweislicher, mindestens sechsmonatiger Substanzverzicht ist vor der Aufnahme erforderlich. Positive Kontrollen während des Aufenthalts führen zur sofortigen Entlassung.

#### 2. Im Falle eines gelegentlichen Konsum

Alkohol und THC sind spätestens zwei Wochen vor der Aufnahme vollständig zu meiden.

*Zuwiderhandlungen vor der Aufnahme können eine Aufnahme ausschließen. Ausnahmen sind nur nach vorheriger Rücksprache möglich.*

Rauchen Sie?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, wieviel am Tag?

Alkoholkonsum

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, wieviel und was?

☐ täglich

☐ Wein / Sekt

☐ gelegentlich

☐ Bier

☐ regelmäßig

☐ Schnaps

☐

Fällt es Ihnen schwer, während der Reha auf Alkohol zu verzichten?

☐ Ja

☐ Nein

Konsum weiterer Drogen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche und wieviel?

☐ Cannabis

/Tag

☐ Ecstasy

/Tag

☐ Kokain

/Tag

☐ Crystal

/Tag

☐

Sind bei Ihnen Entzugsbehandlungen durchgeführt worden?

☐ Ja

☐ Nein



## 8. Aktuelle Medikation

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

☐ Ja

☐ Nein

*Wenn ja, denken Sie bei Anreise bitte an einen aktuellen Medikationsplan ihres Hausarztes!*

| Medikament | Dosierung | früh | mittags | abends | zur Nacht |
|------------|-----------|------|---------|--------|-----------|
|            |           |      |         |        |           |
|            |           |      |         |        |           |
|            |           |      |         |        |           |
|            |           |      |         |        |           |
|            |           |      |         |        |           |
|            |           |      |         |        |           |
|            |           |      |         |        |           |
|            |           |      |         |        |           |

Wurden Ihnen in den letzten 5 Jahren andere Medikamente

regelmäßig verordnet?

☐ Ja

☐ Nein

| Medikament | Mit welchem Erfolg? | Warum abgesetzt? |
|------------|---------------------|------------------|
|            |                     |                  |
|            |                     |                  |

Gibt es bei Ihnen Lebensmittelunverträglichkeiten?

☐ Ja

☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

