

Dr. med. Simone Modro-Splitt
Fachärztin für Innere Medizin | Rettungsmedizin | Palliativmedizin | Akupunktur

angestellte Ärzte:

Dr. med. Gudula Hagemann, Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Roland Michalski, Facharzt für Allgemeinmedizin | Notfallmedizin

Dr. med. S. Modro-Splitt | Zollnweg 22a | 38228 Salzgitter

Praxis Dr. med. Simone Modro-Splitt
Hausärztliche Versorgung

Zollnweg 22a
38228 Salzgitter (Lichtenberg)

Telefon: +49 (0) 5341 / 85 38-0

Fax: +49 (0) 5341 / 85 38-20

E-Mail: info@arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de

Fragebogen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme

Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie haben uns gebeten, einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme („Kur“) zu bearbeiten. Wir bitten Sie um Ihre Mithilfe, damit wir Ihren Antrag unterstützen können.

Schon alles andere vor einer „Kur“ probiert?

Wenn Ihr Antrag Erfolg haben soll, müssen wir nachweisen, dass Sie „alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten“ ausgenutzt haben, zum Beispiel Krankengymnastik, Behandlungen beim Spezialisten („Facharzt“), aber auch eigene Aktivitäten wie Sport und selbst bezahlte und von der Krankenkasse unterstützte Maßnahmen wie Gesundheitskurse, Rückenschule, Volkshochschulkurse usw. in Anspruch genommen haben.

Berufliche und sonstige Belastungen?

Zusätzlich wollen auch die Kranken- oder Rentenkassen etwas von Ihnen wissen, z.B. Informationen zu Ihrem Beruf, besonders belastenden Lebensumständen, derzeitigen gesundheitlichen Beschwerden und Einschränkungen, die sich hierdurch in Ihrem Alltag haben. In Ihren Antworten finden auch Sorgen Platz, die Sie direkt betreffen: persönlich, in der Familie, finanziell.

Warum werden Anträge abgelehnt?

Wir werden mit den uns vorliegenden Behandlungsdaten, den Facharztberichten und Ihren Angaben den Antrag bearbeiten. Sollte Ihre Krankenkasse oder die Rentenversicherung dann trotzdem ablehnen, liegt dies nicht an Ihnen oder uns, sondern meist am Kostenträger. Zum Beispiel daran, dass die relevanten Kriterien nicht hinreichend erfüllt werden.

Im Widerspruchsverfahren unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich. Suchen Sie sich die passende Antwort heraus. Wenn Sie keine Antwort geben können oder möchten, tragen Sie nichts ein.

Ihr Praxisteam!

Informationen zum „Kur“-Antrag

Name, Vorname:	
Telefonnummer:	
Geburtsdatum, -ort:	
Größe, Gewicht:	cm , kg
Sozialversicherungsnummer (wichtig!!!)	
Grad der Behinderung (GdB):	Merkzeichen („aG“, ...):
Pflegegrad:	Betreuung („Vormund“): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beruf (erlernt/ausgeübt):	<input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> Rentner
Wochenarbeitszeit:	Stunden <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> Akkord
Lebenssituation:	<input type="checkbox"/> mit (Ehe-) Partner <input type="checkbox"/> alleinste- <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> bei Familie hend
Risikofaktoren:	<input type="checkbox"/> kein Alkohol <input type="checkbox"/> selten Alkohol <input type="checkbox"/> ___ Fl. Bier/Woche <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> ___ Gl. Wein/Woche <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel <input type="checkbox"/> ___ Schnaps/Woche <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> kein Zigarettenkonsum seit ___ Jahren ca. ___ Zigaret- <input type="checkbox"/> Zigarettenkonsum: ten/Tag
✓ Was haben Sie für Beschwerden? Seit wann?	
✓ Wird es besser oder schlechter, bleibt es gleich? Was können Sie zum Beispiel an der Arbeit nicht tun, weil Sie krank sind?	
✓ Gibt es noch etwas anderes Wichti- ges, das Sie derzeit nicht tun kön- nen weil Sie krank/erschöpft sind? ✓ Warum denken Sie, dass eine „Kur“ für Sie jetzt genau das richtige ist?	
✓ Was erwarten Sie von einer „Kur“?	
✓ Was möchten Sie wieder tun kön- nen?	
✓ Gibt es etwas, was Sie in der „Kur“ lernen wollen?	
✓ Wo möchten Sie gerne eine „Kur“ machen?	

Was wurde schon getan, um Ihre gesundheitlichen Probleme zu lösen?

Behandlung beim Spezialisten („Facharztbesuche“):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
Physiotherapie („Massage“, Krankengymnastik, ...):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (was?):
Psychotherapie ("Gesprächstherapie", ...):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Krankenhausbehandlung in den letzten zwei Jahren:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Grund?):
Ergotherapie:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rehasport:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (welcher?):
Eigener Sport:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (welcher?):
Logopädie (Übungen für Stimme und Sprache):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Selbsthilfegruppe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (welche?):
Anderes:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (was?):
		<input type="checkbox"/> Ja (was?):
		<input type="checkbox"/> Ja (was?):
		<input type="checkbox"/> Ja (was?):

Weil ich krank bin, habe ich Schwierigkeiten in den Bereichen:

	Ich habe kein Problem	Ich komme zu-recht	Fällt mir schwer/ brauche Hilfe	Geht nicht
Verständigung (Sehen, Hören, Sprechen, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beweglichkeit (Gehen, Treppensteigen, Laufen, Tragen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (Waschen, Anziehen, Essen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leben mit Freunden und Bekannten (Vereine, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nutzen Sie Hilfsmittel, z.B. für die Fortbewegung?

Rollator, Gehstock	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (was?):
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (was?):
Bandage, Prothese	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (was?):

Gibt es Probleme oder Schwierigkeiten in folgenden Bereichen?

Familie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (welche?):
Fehlen Ihnen Menschen, die helfen, auf die Sie sich verlassen können?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Geldsorgen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Gedächtnis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Wie ist Ihre Stimmung?

Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Interesse und Lust an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Die Aktivitäten und Dinge des täglichen Lebens:

	Geht gar nicht	Nur mit Hilfe	Kein Problem
Essen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett (oder umsteigen in den Rollstuhl) und umgekehrt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen auf ebenem Untergrund ohne Rollator, 50 Meter weit (ca. 3 Straßenlaternen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst den Rollstuhlfahrern (in der Ebene):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ausziehen (auch von Bandagen usw.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin halten (auch: Katheter oder künstliche Blase mit Ausgang selbst versorgen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang halten (auch: künstlichen Darmausgang selbst versorgen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, was unbedingt berücksichtigt werden muss?

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort

Datum

Unterschrift (Patient)