



**Gemeinschaftspraxis
Salzgitter-Lichtenberg**
Hausärztliche Versorgung
Zollnweg 22a
38228 Salzgitter-Lichtenberg

Gemeinschaftspraxis SZ-Lichtenberg GbR | Zollnweg 22a | 38228 Salzgitter

Dr. med. Simone Modro-Splitt
Fachärztin für Innere Medizin (hausärztliche
Versorgung), Akupunktur, Rettungsmedizin,
Palliativmedizin

Dr. med. Roland Michalski
Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin

Dr. med. Gudula Hagemann
Fachärztin für Allgemeinmedizin (angestellt)

**Zollnweg 22a
38228 Salzgitter**
BSNR 072046600

Tel +49 (0) 5341 / 85 38 0

Fax +49 (0) 5341 / 85 38 20

info@arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de
www.arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de
Arztpraxis-Salzgitter-Lichtenberg.KVN@kv.dox.kim.telematik

Patientenfragebogen für medizinische Rehabilitationsmaßnahme

Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie haben uns gebeten, einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme zu bearbeiten. Wir bitten um Ihre Mithilfe, damit wir Ihren Antrag unterstützen können.

Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme dient der Wiederherstellung von Gesundheit und soll eine drohende Erwerbsunfähigkeitsrente abwenden („Reha vor Rente“).

Wenn Ihr Antrag Erfolg haben soll, müssen wir nachweisen, dass Sie **alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten** voll ausgeschöpft haben, diese aber nicht ausreichen, und eine Erwerbsunfähigkeit droht.

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten sind zum Beispiel Krankengymnastik, Behandlungen beim Spezialisten bzw. bei Fachärzten, Psychotherapie, aber auch eigene Aktivitäten wie Sport und selbst bezahlte und von der Krankenkasse unterstützte Maßnahmen wie Gesundheitskurse, Rückenschule, Volkshochschulkurse, Selbsthilfegruppen.

Zusätzlich wollen auch die Kranken- oder Rentenkassen etwas von Ihren persönlichen Umständen wissen, z.B. Informationen zu Ihrem Beruf (als was sind Sie tätig, arbeiten Sie im Schichtdienst, wie lange besteht Ihre Arbeitsunfähigkeit, etc.). Überdies sind besonders belastende Lebensumstände von Interesse (z.B. Pflege von schwerkranken Angehörigen, keine Unterstützung durch Angehörige, etc.), derzeitigen gesundheitlichen Beschwerden und Einschränkungen, die Sie hierdurch in Ihrem Alltag haben. In Ihren Antworten finden auch Sorgen Platz, die Sie direkt betreffen: persönlich, in der Familie, finanziell.

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 oder die ambulanten Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft sind.

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.

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ / Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail-Adresse

Versicherungsnummer/Sozialversicherungsnummer

ggf. Kennzeichen

Welche gesundheitlichen Leiden sollen in erster Linie im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme verbessert werden?

Beschreiben Sie kurz **Ihre Krankheitsgeschichte** zu den o.g. gesundheitlichen Leiden. Wann hat diese begonnen? Wie kommt es dazu, dass Sie eine Rehabilitationsmaßnahme benötigen?

--

Welche Einschränkungen ergeben sich hieraus für Sie im Beruf und im Alltag? Warum droht eine Erwerbsunfähigkeit?

--

Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten haben Sie bereits durchgeführt? Wie bereits oben beschrieben müssen wir nachweisen, dass Sie alle ambulanten Möglichkeiten bereits ausgeschöpft haben, nicht das gewünschte Ergebnis erreicht wurde und eine Erwerbsunfähigkeit droht.

- Behandlung beim Facharzt? Welcher Facharzt bzw. welches Fachgebiet?

- Physiotherapie (Krankengymnastik) – was haben Sie in der Physiotherapie gemacht und/oder gelernt?

[Redacted]

- Ergotherapie – was haben Sie in der Ergotherapie gemacht und/oder gelernt?

[Redacted]

- Logopädie – was haben Sie in der Logopädie gemacht und/oder gelernt?

[Redacted]

- Psychotherapie (psychologischer Psychotherapeut, ärztlicher Psychotherapeut, Heilpraktiker mit Psychotherapie-Ausbildung) – was haben Sie in der Psychotherapie gemacht und/oder gelernt?

[Redacted]

- Rehasport/Funktionstraining – was haben Sie hier gemacht und/oder gelernt?

[Redacted]

- Eigener Sport – was für eine Sportart, welches Trainingsziel? Wie häufig und seit wann?

[Redacted]

- Selbsthilfegruppe – was für ein Schwerpunkt, wie häufig und seit wann?

[Redacted]

- Anderes – was haben Sie noch probiert, um Ihre Gesundheitseinschränkungen zu behandeln?

[Redacted]

Lebensumstände

Erlerner und zuletzt ausgeübter Beruf

[Redacted]

In Rente seit

[Redacted]

Wochenarbeitszeit: [Redacted] Stunden pro Woche Schichtdienst Wochenendarbeit

Arbeitgeber:

[Redacted]

Pflegegrad 1 2 3 4 5 Grad der Behinderung (GdB):

[Redacted]

Lebenssituation

mit Partner lebend mit Ehepartner lebend alleine lebend bei Familie lebend

in einem Haus in einer Wohnung Eigentum zur Miete

Besonders belastende Lebensumstände (z.B. Pflege oder Tod von schwerkranken Angehörigen, keine Unterstützung durch Angehörige, Mehrfachbelastung, soziale Isolation, Schwierigkeiten in der Bewältigung von Alltagsproblemen, finanzielle Sorgen etc.)

[Redacted]

Risikofaktoren?

- Alkohol Übergewicht Bewegungsmangel Drogen Stress Schichtarbeit
 Nikotin Untergewicht Schlafstörung Finanzprobleme

Sind Sie auf **Hilfsmittel** angewiesen (z.B. Rollstuhl, Treppenlift, Rollator, Gehstock)? Welche?

[Empty text box for assistive devices]

Gewicht

[Empty text box for weight]

kg

Größe

[Empty text box for height]

cm

Gewicht konstant?

ja

nein

Haben Sie das Gefühl, dass sich die eingangs genannten gesundheitlichen Leiden binnen des letzten Jahres verschlechtert haben? Seit wann?

[Empty text box for health deterioration]

Was konkret erhoffen Sie sich durch die medizinische Rehabilitationsmaßnahme?

[Empty text box for rehabilitation goals]

Gewünschter Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme

- Psychosomatik Orthopädie Neurologie Lungenheilkunde
 Psychotherapie Sucht Sonstige: [Empty text box]

Gibt es noch etwas Wichtiges, was Sie uns mitteilen wollen?

[Empty text box for additional information]

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).

[Empty text box for location]

Ort

[Empty text box for date]

Datum

[Empty text box for signature]

Unterschrift (Patient)