



# Ihre psychosomatische Rehabilitation in der Eifelklinik

## Impressum

Eifelklinik  
Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit

Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung  
Rheinland  
Mosenbergstr. 19  
54531 Manderscheid

Telefon 06572 925-01  
Telefax 06572 925-1961

[www.eifelklinik.de](http://www.eifelklinik.de)  
[redaktion@eifelklinik.de](mailto:redaktion@eifelklinik.de)

Fotos:  
Mirko Raatz

Stand  
10/2023

→ Informationen zum guten Gelingen



Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland



## Herzlich willkommen in der Eifelklinik

**Wir freuen uns, Sie bald im GesundLand Vulkaneifel begrüßen zu dürfen.**

Die Rehabilitation in unserem Haus wird Sie dabei unterstützen, Ihre persönlichen Ziele zu erreichen und damit Ihr Wohlbefinden zu verbessern.

Sie werden mit uns gemeinsam herausfinden, welche Veränderungen zu Ihrer Heilung beitragen und Ihre Gesundheit fördern.

Diese Broschüre dient Ihnen als erster Baustein Ihrer Behandlung.

Durch das Ausfüllen der Fragebögen können Sie sich optimal auf Ihre Behandlung einstimmen und helfen uns dabei, Sie bestmöglich durch Ihre Rehabilitation zu begleiten.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unser Aufnahmebüro, das Sie unter der Telefonnummer 06572 925 - 2040 erreichen.

Wir wünschen Ihnen heute schon eine gute Anreise und freuen uns auf Sie.

Lothar Stein  
Verwaltungsdirektor

Dr. med. Peter Bommersbach  
Ärztlicher Direktor

... und das gesamte Team der Eifelklinik

## Fragebogen zur ärztlichen Aufnahme





**Bitte ausgefüllt zur ärztlichen Aufnahmeuntersuchung mitbringen**

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

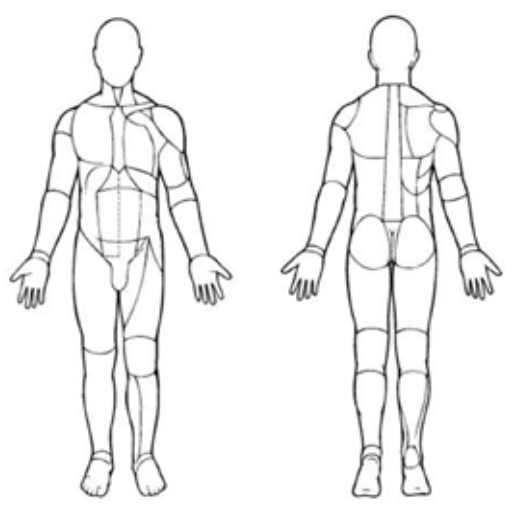
## Fragebogen zur ärztlichen Aufnahme

Damit wir bestmöglich über Ihren aktuellen körperlichen Zustand informiert sind, bitten wir Sie, uns wichtige Informationen zur Verfügung zu stellen.

Während des Aufnahmegesprächs wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt dann mit Ihnen auf Basis dieser Informationen ein auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Behandlungsprogramm erstellen.

### Gibt es körperliche Beeinträchtigungen?

Falls ja, welche Art, Dauer, Lokalisation, Intensität, Belastungsabhängigkeit?  
In dem Schaubild unten können Sie die Körperregionen Ihrer Beschwerden einzeichnen.



**Was hält Ihrer Meinung nach die Beschwerden aufrecht?**

---

---

**Wann fühlen Sie sich körperlich wohl?**

---

---

**Was trägt zum Wohlergehen Ihres Körpers bei?**

---

---



**Gibt es Erkrankungen oder Unfälle, wegen denen Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung befinden?**

---

---

---

---

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Name des Medikamentes	Dosierung				
	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf

**Haben Ihre Beschwerden und Symptome zu Veränderungen im Alltag geführt, zum Beispiel, dass Sie an früheren Aktivitäten aktuell nicht mehr teilnehmen?**

- nein                       ja                       Familie  
 Freizeit                       Sport                       sonstige

**Gibt es Tätigkeiten bei Ihrer Arbeit, die Sie aufgrund Ihrer Beschwerden weniger gut ausführen können?**

---

---

---

**Was hat Ihnen bei der Bewältigung oder dem Umgang mit oben genannten Beschwerden bisher bereits geholfen?**

---

---

---

---

**Gibt es körperliche oder seelische Belastungen bei leiblichen Verwandten?**

(Eltern, Geschwister, Kinder)

---

---

**Rauchen Sie noch?**

- nein, Nichtraucher seit \_\_\_\_\_  ja, Menge \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**

- nein  ja, Menge \_\_\_\_\_

**Nahmen oder nehmen Sie andere Drogen?**

- nein  ja, Menge \_\_\_\_\_

**Falls relevant: wichtige Vorerkrankungen und Krankenhausaufenthalte**

Welche?	Wann?

### Operationen

Welche?	Wann?

### Unfälle

Welche?	Wann?

### Frühere Rehabilitationsbehandlungen

Wo?	Wann?

### Gab es Auffälligkeiten im Verlauf der körperlichen Entwicklung?

- nein       ja,

durch: \_\_\_\_\_

### Gynäkologische Anamnese

Die Periode ist:       normal       unregelmäßig

schmerzhaft       nicht vorhanden       Frage entfällt

Besteht eine Schwangerschaft?

- ja       nein

**Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung (Frauen und Männer)?**

- nein
- ja, am \_\_\_\_\_
- unauffällig
- auffällig, weitere Maßnahmen

Maßnahmen: \_\_\_\_\_

**Welchen Sport betreiben Sie am liebsten?**

Sportart: \_\_\_\_\_

Können Sie schwimmen?       ja                       nein

**Wie ist Ihre Beweglichkeit?**

normal               Einschränkung:  
\_\_\_\_\_



## Vegetative Anamnese

<b>Allgemeinbefinden</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schlecht
<b>Appetit</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> vermehrt
<b>Gewicht</b>	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> abgenommen _____ kg	<input type="checkbox"/> zugenommen _____ kg
<b>Stuhlgang</b>	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	
<b>Wasser lassen</b>	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> erschwert, schmerzhaft	<input type="checkbox"/> häufig in kleinen Mengen
	<input type="checkbox"/> vermehrt nachts	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	
<b>Ödeme</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Schlaf</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> Einschlaf- störungen	<input type="checkbox"/> Durchschlaf- störungen
	<input type="checkbox"/> Schnarchen	<input type="checkbox"/> Schnarchen mit Apnoephasen	<input type="checkbox"/> Masken- beatmung
<b>Atmung</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> Atemnot bei Belastung
<b>Übelkeit</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Erbrechen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Schwitzen</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/> Schweißaus- brüche
	<input type="checkbox"/> Kältegefühl		
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> gegen: _____		
<b>Allergiepass</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>sexuelle Funktionsstörungen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> keine Angaben

**Sonstiges:**

---



---

## Medizinische Rehabilitationsziele

Wir möchten Sie dabei unterstützen, in den nächsten Wochen Ihren Zielen im medizinisch - körperlichen Bereich näher zu kommen.

Dazu werden wir mit Ihnen gemeinsam Wege erarbeiten, um Ihr körperliches Befinden und Ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern.

Damit Ihnen und uns klarer wird, was Sie genau erreichen möchten, nehmen Sie sich bitte Zeit und überlegen, welche medizinischen und körperlichen Ziele Sie während des Aufenthaltes in unserer Klinik erreichen möchten.

Um Sie bei Ihren Überlegungen zu unterstützen, listen wir Ihnen nachfolgend eine Auswahl von Zielen auf, die häufig ausgewählt werden.

Natürlich können Sie auch eigene Ziele ergänzen.

### Medizinische Rehabilitationsziele

Verbesserung der Körperakzeptanz	<input type="checkbox"/>
Körperliche Erholung, Stabilisierung	<input type="checkbox"/>
Steigerung der Beweglichkeit, Verbesserung der Muskelkoordination	<input type="checkbox"/>
Steigerung der körperlichen Ausdauer	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Körperwahrnehmung	<input type="checkbox"/>
Körperliche Kräftigung	<input type="checkbox"/>
Lockerung der Muskulatur	<input type="checkbox"/>
Angemessenes Training des Herzsystems und Kreislaufsystems	<input type="checkbox"/>
Linderung von Beschwerden des Verdauungstraktes	<input type="checkbox"/>
Linderung von Beschwerden im Bewegungsapparat durch bessere Beweglichkeit und Aufbau von Muskulatur	<input type="checkbox"/>
Besserung und Linderung von Beschwerden im Wirbelsäulenbereich durch bessere Beweglichkeit und Aufbau von Muskulatur	<input type="checkbox"/>
Verbesserung von Ernährungsgewohnheiten	<input type="checkbox"/>
Gewichtsreduktion um ____ kg	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme um ____ kg	<input type="checkbox"/>

Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte, gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>
Reduzierung, Abstinenz von Suchtmittelgebrauch	<input type="checkbox"/>
Nikotinreduktion, Abstinenz	<input type="checkbox"/>
Alkoholreduktion, Abstinenz	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Stoffwechselfparameter (Blutzuckerwerte, Cholesterin, Leberwerte)	<input type="checkbox"/>
Optimierung der Psychopharmaka - Medikation	<input type="checkbox"/>
Informationen über weitere medizinische Behandlungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>
Informationen und Einleitung von Nachsorgemaßnahmen im medizinisch - körperlichen Bereich	<input type="checkbox"/>

**Suchen Sie sich bitte die wichtigsten Therapieziele heraus und formulieren diese noch einmal in Ihren eigenen Worten unter dem Punkt:**

**„Meine wichtigsten persönlichen Rehabilitationsziele.“**

## Meine wichtigsten persönlichen Rehabilitationsziele

<b>1.</b>			
eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b>			
eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b>			
eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b>			
eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manderscheid, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Rehabilitandin oder  
 Rehabilitand

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Ärztin oder Arzt

# Fragebogen zur psychotherapeutischen Aufnahme





**Bitte ausgefüllt zur  
psychotherapeutischen Aufnahme  
mitbringen**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur psychotherapeutischen Aufnahme

Damit wir Ihnen beim Erreichen Ihrer persönlichen und beruflichen Ziele optimal zur Seite stehen können, möchten wir Sie bitten, sich Zeit zu nehmen, um die folgenden wichtigen Fragen zu beantworten.

### Ihr Weg zur Rehabilitation

- |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbst, aus eigener Motivation | <input type="checkbox"/> Krankenkasse             | <input type="checkbox"/> Hausarzt, Facharzt | <input type="checkbox"/> Regляр       |
| <input type="checkbox"/> Rentenversicherungsträger      | <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit | <input type="checkbox"/> sonstige _____     | <input type="checkbox"/> § 51 SGBV    |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> § 125 SGBV   |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> Krankenkasse |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> MBOR         |

## Aktuelle Anliegen

**Welche psychischen Beschwerden führen Sie in die Rehabilitation?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Welche Anliegen haben Sie?**

---

---

---

---

---

---

---

---



## **Vorgeschichte**

**Gab es Ihrer Meinung nach ein auslösendes Ereignis?**

---

---

---

---

**Welche Erklärung haben Sie für sich?**

---

---

---

---

**Welche ungünstigen Verhaltensweisen haben Sie sich Ihrer Meinung nach in der Vergangenheit angewöhnt?**

---

---

**Was verhindert bisher noch, dass es Ihnen besser geht?**

---

---

---

**Welche Personen in Ihrem Umfeld werden positiv reagieren, wenn Sie Ihr Ziel erreichen?**

---

---

---

**Wer wäre eher kritisch?**

---

---

**Wie hat sich die Symptomatik seit dem ersten Auftreten verändert?**

---

---

**Welche Verbesserungen haben Sie bereits wahrgenommen?**

---

---

---

**Was hat sich seit der Beantragung der Rehabilitation zum Positiven verändert?**

---

---

---

**Sind Sie bei der Arbeit beeinträchtigt?**

---

---

**Ist Ihr Privatleben beeinträchtigt?**

---

---





**Was hat Ihnen bei der Bewältigung der Symptome bisher geholfen?**

---

---

**Welche Behandlungsformen haben Sie bisher in Anspruch genommen?**

(ambulante psychiatrische Behandlung, ambulante Psychotherapie, stationäre psychiatrische Behandlung, stationäre psychosomatische Behandlung, weitere Therapien)

Name und Adresse von Therapeutin oder Therapeut und Psychiaterin oder Psychiater:

---

---

---

---

---

**Wenn ja, welche Diagnosen wurden dort gestellt?**

---

---

---

---

---

**Wie stehen Sie zu diesen Diagnosen?**

---

---

---

---

---

## Biographie

Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte:

### 0 bis 3 Jahre

(zum Beispiel: Entwicklung bei Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, frühkindliche Entwicklung. Wer hat Sie betreut? Wo sind Sie aufgewachsen?...)

---

---

---

---

### 3 bis 6 Jahre

(zum Beispiel: Kindergarten, Umzüge, Bezugspersonenwechsel...)

---

---

---

---

### 6 bis 10 Jahre

(zum Beispiel: Einschulung, Beziehung zu Mitschülern, Erziehern...)

---

---

---

---

### 10 bis 15 Jahre

(zum Beispiel: erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften, Pubertätsprobleme...)

---

---

---

---



**15 bis 20 Jahre**

(zum Beispiel: Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösungsprozess vom Elternhaus, Einstellung und Beziehung zu Partnerschaft...)

---

---

---

---

**20 bis 25 Jahre**

(zum Beispiel: Partnersuche, Abgrenzungswünsche von den Eltern, Selbständigkeitsentwicklung...)

---

---

---

---

**Familie**

**Wie erleben Sie die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie**

(harmonisch, angespannt, Konflikte vermeidend, durch Streit geprägt, konstruktiv, ruhig, liebevoll, (un)persönlich...)

---

---

---

---

## Mutter

Alter bei Ihrer Geburt \_\_\_\_\_ Jahre

Beruf \_\_\_\_\_

aktuelle Lebenssituation \_\_\_\_\_

falls verstorben \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und Ihre gegenseitige Beziehung während Ihrer Kindheit.**

---

---

---

**Welche Erlebnisse mit Ihrer Mutter prägen Sie bis heute?**

---

---

---

**Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihrer Mutter auf.**

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

## Erziehungsstil

(lobend, geduldig, konsequent, streng, strafend, zuverlässig, aufmerksam, liebevoll...)

---

---

**Wie versuchen Sie heutzutage Ihren Beitrag zu einer guten Beziehung zu Ihrer Mutter zu leisten?**

---

---

## Vater

Alter bei Ihrer Geburt \_\_\_\_\_ Jahre

Beruf \_\_\_\_\_

aktuelle Lebenssituation \_\_\_\_\_

falls verstorben \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und Ihre gegenseitige Beziehung während Ihrer Kindheit.**

---

---

---

**Welche Erlebnisse mit Ihrem Vater prägen Sie bis heute?**

---

---

---

**Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihres Vaters auf.**

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

## Erziehungsstil

(lobend, geduldig, konsequent, streng, strafend, zuverlässig, aufmerksam, liebevoll...)

---

---

**Wie versuchen Sie heutzutage Ihren Beitrag zu einer guten Beziehung zu Ihrem Vater zu leisten?**

---

---

## Geschwister

Beschreiben Sie Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern

	Name	Alter	Beziehung früher	Beziehung heute
1				
2				
3				
4				

## Andere wichtige Personen

(Großeltern, andere Familienmitglieder, Freunde...)

---



---

## Soziale Situation

Leben Sie alleine?  ja, seit \_\_\_\_\_  nein

In einer festen Partnerschaft  ja, seit \_\_\_\_\_  nein

Sind Sie verheiratet?  ja, seit \_\_\_\_\_  nein

Leben Sie getrennt?  ja, seit \_\_\_\_\_  nein

Sind Sie verwitwet, verwitwert?  ja, seit \_\_\_\_\_  nein

Haben Sie Kinder?  ja  nein

## Ihre Kinder

Alter	Geschlecht	aus welcher Beziehung?	im Haushalt lebend		beim Partner wohnend, alleinstehend, verheiratet...
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	



**Beschreiben Sie Ihre Wohnsituation.**

---

---

---

**Ist Ihre häusliche Versorgung gewährleistet?**

- ja                       nein

**Leben Angehörige oder Personen mit im Haushalt, die versorgt werden müssen?**

- nein                       ja, \_\_\_\_\_

**Welche Art der Versorgung?**

---

---

**Beschreiben Sie Ihre finanzielle Situation.**

---

---

**Beschreiben Sie Ihre soziale Situation.**

---

---

---

---

**Wer ist Ihr sozialer Rückhalt?**

(An wen wenden Sie sich, wenn es Ihnen schlecht geht?  
An wen bei guter Stimmung...)

---

---

---

---

**Beschreiben Sie Ihre Freizeitinteressen.**

**Woraus schöpfen Sie Kraft?**

**Was macht Ihnen Freude?**

(Hobbys, Sport, Vereine, weitere Interessen...)

---

---

---





## Gesundheitsverhalten

### Nikotin

- Nichtraucher seit \_\_\_\_\_
- Raucher, Menge Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_

### Alkohol

- nein       selten       gelegentlich       regelmäßig

Menge: \_\_\_\_\_

### Drogen

- nein
- ja, \_\_\_\_\_

### Psychopharmaka

- nein
- ja, Medikamente und Menge \_\_\_\_\_

### Wie bringen Sie angemessen Sport und Bewegung in Ihr Leben?

(Sport, Spaziergänge, Bewegung während der Arbeit...)

---

---

---

### Beschreiben Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten.

#### Wie schaffen Sie es, sich gesund zu ernähren?

(regelmäßige Mahlzeiten, ausgewogene Ernährung...)

---

---

---

**Welche Möglichkeiten haben Sie bereits, um mit beruflichem und / oder privatem Stress gut umzugehen?**

---

---

---

**Berufliche Situation**

- |                         |                               |                                   |       |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------|
| Erwerbstätigkeit        | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein     |       |
| arbeitslos              | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ |
| in Ausbildung           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ |
| in Altersteilzeit       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ |
| Hausfrau, Hausmann      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ |
| Erwerbsminderungsrente  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ |
| Berufsunfähigkeitsrente | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ |
| sonstige Rente          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ |
| Altersrente             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit | _____ |

**Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme**

- arbeitsfähig       arbeitsunfähig, seit \_\_\_\_\_
- wegen: \_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten**

- keine       Dauer \_\_\_\_\_
- bis 3 Monate       3 bis 6 Monate       6 Monate und mehr
- nicht erwerbstätig aufgrund von:



### Grad der Behinderung (GdB)

- nein                       beantragt                       ja, Grad \_\_\_\_\_

### Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

- nein                       beantragt                       ja, MdE \_\_\_\_\_

### Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

- nein     ja, am \_\_\_\_\_
- im Widerspruchsverfahren

### Beabsichtigen Sie einen Rentenantrag zu stellen?

- nein     ja

### Gibt es laufende Rechtsstreitigkeiten?

- nein     ja
- 

## Berufsweg

### Schulabschluss

- Hauptschule                       Realschule                       Gymnasium
- Hauptschulabschluss    Mittlere Reife                       Abitur
- kein Schulabschluss    Fachhochschule  
oder Hochschule                       Bachelor, Master
- anderer \_\_\_\_\_

### Welchen Beruf haben Sie erlernt?

- \_\_\_\_\_
- Jahr der Abschlussprüfung \_\_\_\_\_
- keinen

## Umschulungen

- nein  ja, \_\_\_\_\_ (Jahr)  
warum? \_\_\_\_\_  
zur, zum \_\_\_\_\_

- durch die Agentur für Arbeit  durch den Rentenversicherungsträger  
 durch die Berufsgenossenschaft  selbst finanziert

## Haben Sie anerkannte Berufskrankheiten?

- nein  ja, welche  
\_\_\_\_\_

## Welche Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt?

(beruflicher Werdegang)

von	bis	Tätigkeit

## Letzte Tätigkeit

als \_\_\_\_\_

## Aktueller beziehungsweise letzter Arbeitgeber

\_\_\_\_\_

seit wann \_\_\_\_\_ bis wann \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie bitte Ihren aktuellen Arbeitsplatz und Ihre beruflichen Aufgaben**

(jetzige beziehungsweise letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Arbeitshaltung**

	ständig (mehr als 90 % der Arbeitszeit)	überwiegend (51 % bis 90 % der Arbeitszeit)	zeitweise (bis zu 10 % der Arbeits- zeit)
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend, hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten, Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Heben, Tragen

Art der Lasten \_\_\_\_\_

Gewicht häufig bis \_\_\_\_\_ kg

Gewicht gelegentlich bis \_\_\_\_\_ kg

Sind technische Hebemittel  nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_  
vorhanden?

weitere Bemerkungen

---

## Arbeitsorganisation

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit                       | <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit, _____ Stunden pro Tag beziehungsweise pro Woche |
| <input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle            |  |
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Frühschicht/ Spätschicht | <input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht   |
| <input type="checkbox"/> nur Nachtschicht                     | <input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt                         |
| <input type="checkbox"/> Einzelakkord                         | <input type="checkbox"/> Gruppenakkord   |

Beschreibung:

---

## Äußere Einflüsse

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe           | <input type="checkbox"/> Hitze                           |
| <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung         | <input type="checkbox"/> Rauchentwicklung                |
| <input type="checkbox"/> starker Lärm                    | <input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden |
| <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen    | <input type="checkbox"/> überwiegend im Freien           |
| <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt | <input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten        |
| <input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe           | <input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe:            |
| <input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe         |  |

welche: \_\_\_\_\_

---

### **Berufliches Kraftfahren**

- PKW
- LKW
- Baumaschinen oder sonstige Fahrzeuge
- Personenbeförderung
- Gefahrguttransport

### **sonstiges**

- Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit
- Auswärts - Montage
- Mitarbeiterführung
- erhöhte Unfallgefahr
- außerordentliche Konzentration erforderlich
- keine geregelten Pausen
- überwiegend Bildschirmarbeit
- besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

### **Was schätzen Sie an Ihrem aktuellen Arbeitsplatz?**

---

---

---

### **Welche (gegebenenfalls schwierigen) Situationen gilt es dort für Sie zu meistern?**

---

---

### **Beabsichtigen Sie, Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?**

- ja
- nein

**Welche Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz würden Sie sich wünschen?**

(zum Beispiel anderer Arbeitsstuhl, Hebehilfen, bessere Kommunikation und so weiter)

---

---

**Was können Sie dazu beitragen?**

---

---

**Haben Sie eine Arbeitsplatzbeschreibung** (zum Beispiel durch Ihren Betriebsarzt)?

- nein  ja (bitte beifügen)

**Sind Sie der Meinung, Ihre aktuelle Tätigkeit weiter fortführen zu können?**

- ja  nein, weil

---

---

**Wie erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz?**

- zu Fuß  Fahrrad  öffentliche Verkehrsmittel  
 PKW  sonstige  
 ohne Probleme  mit Problemen

Dauer des Arbeitsweges \_\_\_\_ Minuten (jeweils eine Strecke)



**Werden Sie betriebsärztlich betreut?**

- ja  nein

Anschrift des Betriebsarztes

---

---

**Sonstiges**

---

---

**Nach meiner Einschätzung kann ich einer beruflichen Tätigkeit:**

- weiter nachgehen  abhängig vom gesundheitlichen Zustand weiter nachgehen
- keinesfalls weiter nachgehen

## Psychische, berufliche und soziale Rehabilitationsziele

Hier geht es darum, konkrete psychotherapeutische Ziele zu entwickeln.

Im Folgenden finden Sie einige hilfreiche Angebote für mögliche Ziele, die Sie als Anregung nutzen können.

### Psychische Rehabilitationsziele

Sicherheit im Alltag entwickeln	<input type="checkbox"/>
Mut finden und weiterentwickeln	<input type="checkbox"/>
Lebensräume zurückerobern	<input type="checkbox"/>
Lebensfreude wiedererlangen	<input type="checkbox"/>
Planung und Steigerung positiver Aktivitäten	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>
Aktivierung und Antriebssteigerung	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Suchtbewältigungskompetenz - genussvolle Lebensgestaltung ohne Suchtmittel	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Schmerzbewältigungskompetenz - trotz Schmerzen hohe Lebensqualität erreichen	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Körperwahrnehmung	<input type="checkbox"/>
Einen freundlichen Umgang mit dem eigenen Körper finden	<input type="checkbox"/>
Normalisierung und Optimierung des Essverhaltens	<input type="checkbox"/>
Erkennen psychosomatischer Zusammenhänge	<input type="checkbox"/>
Förderung der Entspannungsfähigkeit durch Erlernen eines Entspannungsverfahrens	<input type="checkbox"/>
Vermittlung von Informationen über Stressentstehung und Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>
Förderung von Genussfähigkeit	<input type="checkbox"/>
(Wieder-) Entdecken von Kraftquellen	<input type="checkbox"/>
Aktivierung von Kraftquellen	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Kommunikationsverhaltens - besser mit Menschen in Kontakt sein	<input type="checkbox"/>
Formulierung und angemessene Durchsetzung eigener Wünsche	<input type="checkbox"/>



Verbesserung der Fähigkeit, Kontakte zu Mitmenschen aufzunehmen	<input type="checkbox"/>
Befähigung, sich angemessen abgrenzen zu können	<input type="checkbox"/>
Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen	<input type="checkbox"/>
Erkennen und Bearbeiten eigener problematischer Beziehungsmuster	<input type="checkbox"/>
Angemessener Umgang mit Kritik an der eigenen Person	<input type="checkbox"/>
Verbesserung darin, Konflikte auszuhalten und zu akzeptieren	<input type="checkbox"/>
Überwinden von Schuldgefühlen und Schamgefühlen	<input type="checkbox"/>
Lernen, sich selbst zu akzeptieren	<input type="checkbox"/>
Steigerung des Selbstvertrauens	<input type="checkbox"/>
Steigerung des Selbstwertgefühls	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Selbstwahrnehmung	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Selbstverantwortung und Eigenmotivation	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Akzeptanz von nicht änderbaren Tatsachen	<input type="checkbox"/>
Abbau von Selbstüberforderung und Perfektionismus	<input type="checkbox"/>
Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung schwieriger Lebensereignisse mit dem Ziel besserer Selbstfürsorge	<input type="checkbox"/>
Biographische Hintergründe der Symptomatik verstehen	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung der Beziehung zur Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Lösen von Partnerschaftskonflikten	<input type="checkbox"/>
Einleitung von Nachsorgemaßnahmen	<input type="checkbox"/>
Information zur ambulanten Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Entwicklung einer guten Zukunftsperspektive	<input type="checkbox"/>

## **Berufliche und soziale Rehabilitationsziele**

Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	<input type="checkbox"/>
Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens	<input type="checkbox"/>
Klärung der beruflichen Situation	<input type="checkbox"/>
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im beruflichen Bereich	<input type="checkbox"/>
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im sozialen Bereich	<input type="checkbox"/>
Aufbau von sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>
Klärung und gegebenenfalls Verbesserung der finanziellen Situation	<input type="checkbox"/>
Beurteilung der (beruflichen) Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>

**Formulieren Sie auf dieser Grundlage in eigenen Worten bitte 1 bis 5 Ziele unter**

**„Meine wichtigsten Rehabilitationsziele“**

**und ordnen Sie diese nach der für Sie persönlichen Wichtigkeit.**



## Meine wichtigsten Rehabilitationsziele

<b>1.</b>			
eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b>			
eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b>			
eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b>			
eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b>			
eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manderscheid, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Rehabilitandin oder  
Rehabilitand

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeutin oder  
Therapeut

**Vielen Dank für Ihr  
Engagement.**

**Den ersten Schritt haben  
Sie bereits getan...**

