

In diesem Fragebogen werden Sie um einige persönliche Angaben gebeten. Die Antworten sind notwendig, um das Antragsverfahren durchzuführen. Bitte schicken Sie den Anamnesefragebogen vollständig ausgefüllt an uns zurück. Wenn Sie zu einzelnen Fragen keine Antwort geben können machen sie bitte einen Strich  
Vielen Dank!

### 1. Angaben zur Person

Name:	Vorname:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Tel:	Email:
Mobil:	Staatsangehörigkeit:
DRV:	RV-Nr.:
Krankenkasse:	selbstversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/>

Ich habe am \_\_\_\_\_ an der Info-Veranstaltung der DRK RPK Heide-Wendland teilgenommen und möchte  stationär  ganztagsambulant teilnehmen.

#### Hauptwohnsitz / polizeilich gemeldet:

PLZ, Ort:	Straße:
Nebenwohnsitz vorhanden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

#### Aktuelle Wohnsituation:

- allein in eigener Wohnung  in Wohngemeinschaft oder Heim  
 mit Partner o. Familie in eigener Wohnung  anders:  
 bei Familienangehörigen (Eltern, Geschwistern, Kindern)

#### Familienangehörige und Bezugspersonen:

Name:	Vorname:
PLZ, Ort:	Straße:
Telefon:	Email:
Name:	Vorname:
PLZ, Ort	: Straße:
Telefon:	Email:

#### Aktuelle familiäre Situation:

- bin allein lebend  lebe mit jemand zusammen  
 bin verheiratet  bin geschieden  
 lebe dauerhaft getrennt  lebe z.Zt. in Scheidung  
 bin alleinerziehend

**Kinderbetreuung und Unterhalt**

Kind	Alter	Betreuung gewährleistet?	Unterhaltspflicht?
		<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Haben Sie Freunde und soziale Kontakte**

- in der Familie
- in der Nachbarschaft
- im Beruf
- andere und zwar
- bei Freizeitaktivitäten (Verein...)
- ich wünsche mir mehr Freunde
- in einer Religionsgemeinschaft

**Wie würden andere Sie beschreiben?**

---

---

---

**Wer sind momentan die wichtigsten Personen in Ihrem Leben?**

---

---

---

**Was mögen Sie an sich?**

---

---

---

**Wie verbringen Sie bzw. würden Sie gerne Ihre Zeit verbringen? Haben Sie besondere Interessen/Hobbys?**

---

---

---

**Halten irgendwelche körperlichen oder psychischen Erkrankungen Sie im Moment von Aktivitäten ab, die Sie gerne wahrnehmen würden?**

- Nein  Ja, welche:

---

---

## 2. Finanzielle Situation

### Aktuelles Einkommen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eig. Arbeitseinkommen                   | <input type="checkbox"/> Krankengeld             |
| <input type="checkbox"/> Finanz. Unterstützung d. Angehörige     | <input type="checkbox"/> Übergangsgeld           |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld                        | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II     |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfe                             | <input type="checkbox"/> Ausbildungsbeihilfe     |
| <input type="checkbox"/> BU-/EU-/Unfall-/Erwerbsminderungs-Rente | <input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen     |
| <input type="checkbox"/> Witwen- oder Waisenrente                | <input type="checkbox"/> Private BU Versicherung |

- |  |                             |                               |                                     |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Mit dem monatl. Einkommen komme ich gut zurecht  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> manchmal   |
| Ich bearbeite meine Rechnungen regelmäßig selbst | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> manchmal   |
| Ich habe Schulden                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Meine Schulden werden geregelt                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                                     |
| Kontakt Schuldnerberatung                        |                             |                               |                                     |

## 3. Betreuungssituation

<input type="checkbox"/> Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)	
Name:	Vorname:
PLZ, Ort:	Straße:
Telefon:	Email:
<input type="checkbox"/> Ambulante Betreuung (Wohnen)	
Name:	Vorname:
PLZ, Ort:	Straße:
Telefon:	Email:
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung	
Name:	Vorname:
PLZ, Ort:	Straße:
Telefon:	Email:
Aufgabenkreise:	<input type="checkbox"/> Alle Angelegenheiten
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Gesundheitssorge	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung

**4. Schule / Berufsausbildung / Studium** (bitte mit Angaben von Monat und Jahr)

**Schule**

von / bis	Art und Ort / auch abgebrochene Schulbesuche:

höchster erzielter Schulabschluss? \_\_\_\_\_

wann? \_\_\_\_\_ Abschlussnote? \_\_\_\_\_

**Berufsfachschulen**

von / bis	Art, Ort und Fachrichtung / auch abgebrochene Schulbesuche

Abgeschlossen?    Nein     Ja , als \_\_\_\_\_

**Berufsausbildung**

von / bis	Art, Ort und Fachrichtung / auch abgebrochene Ausbildungen

Abgeschlossen?    Nein     Ja , als \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie bitte die Art Ihrer Tätigkeit** (welche Aufgaben hatten Sie konkret zu erledigen?):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sonstige berufliche Qualifikationen** (Fremdsprachen-, Schreibmaschinen-, Computer-, Schweißkurse etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Studium**

von / bis	Fachrichtung und Ort / auch abgebrochene Studiengänge

Abgeschlossen?    Nein     Ja , als \_\_\_\_\_

**5. Arbeitssituation** (bitte Angaben von Monat/Jahr und Dauer):

**Welchen beruflichen Tätigkeiten sind Sie bislang nachgegangen?**

von / bis	Dauer	Art der Tätigkeit	Firma

(ggf. gesondertes Blatt benutzen)

**Letzte berufliche Tätigkeit**

von / bis	Dauer	Art der Tätigkeit	Firma mit Anschrift

**Beschreibung Ihrer letzten Tätigkeit** (Tätigkeit und Arbeitsplatzbeschreibung):

---



---



---

Versicherungspflichtig     Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_    Schichttätigkeit: Ja     Nein

**Besondere Belastungen und Anforderungen in dieser Tätigkeit:**

---



---



---

Haben Sie körperliche Einschränkungen (die Tätigkeit in bestimmten Berufsfeldern ausschließt)?

---

---

---

**Kontakte zu Arbeitsagentur / Jobcenter:**

Zeitraum	Ort

Haben Sie bei einer Arbeitsagentur einen Antrag zur beruflichen Rehabilitation gestellt?

Nein  Ja , und zwar bei der Arbeitsagentur/beim Jobcenter \_\_\_\_\_

Wurde eine Testung bei der Arbeitsagentur durchgeführt (Berufseignung, Leistungsdiagnostik o.ä.)?

Nein  Ja , und zwar \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits eine berufliche Rehabilitation- und/oder Fördermaßnahme absolviert?

Nein  Ja

von/bis	Art und Ort der Maßnahme

Wurde in diesem Rahmen eine Testung durchgeführt? Ja  Nein

Wurde(n) die Maßnahme(n) regulär beendet? Ja  Nein

Falls abgebrochen, aus welchen Gründen?

---

---

---

Welche Zeiten der letzten 12 Monate waren Sie arbeitsunfähig (AU-Zeiten)?

keine  bis mindestens 3 Monate  3 – 6 Monate

6 Monate und mehr  ich war in den letzten 12 Monaten nicht erwerbsfähig

**7. Medizinisch und psychiatrische Situation**

**Nennen Sie bitte die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Ursachen Ihrer jetzigen Erkrankung:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unfall   | <input type="checkbox"/> körperliche Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> bin nicht krank, andere glauben, ich sei krank | <input type="checkbox"/> bin nicht krank        |
| <input type="checkbox"/> Belastung in der Familie / Partnerschaft       | <input type="checkbox"/> psychische Störung     |
| <input type="checkbox"/> Belastung im Beruf                             | <input type="checkbox"/> keine Erklärung        |
| <input type="checkbox"/> andere, bitte genau angeben:                   |   |

**Was belastet Sie zurzeit am meisten?**

**Wann erfolgte die erste psychiatrische Behandlung?**

<b>Ambulant:</b>	Arzt:
Diagnose 1:	Diagnose 2:
Diagnose 3:	Diagnose 4:

<b>Stationär:</b>	Klinik::
Diagnose 1:	Diagnose 2:
Diagnose 3:	Diagnose 4:

**Klinikaufenthalte:**

von-bis:	1. Klinik:
Diagnose 1:	Diagnose 2:
Diagnose 3:	Diagnose 4:
von-bis:	2. Klinik:
Diagnose 1:	Diagnose 2:
Diagnose 3:	Diagnose 4:
von-bis:	3. Klinik:
Diagnose 1:	Diagnose 2:

Diagnose 3:		Diagnose 4:	
von-bis:	4. Klinik:		
Diagnose 1:		Diagnose 2:	
Diagnose 3:		Diagnose 4:	

**Ambulante fachärztliche Behandlung:**

Derzeitige psychiatrische Behandlung bei:	
Name:	Telefon:
Anschrift:	

**Ambulante psychotherapeutische Behandlung:**

Derzeitige psychologische Psychotherapie bei:	
Name:	Telefon:
Anschrift:	

**Name und Anschrift Ihres Hausarztes:**

Name:	Telefon:
Anschrift:	

**Trinken Sie alkoholische Getränke (wie Bier, Wein Schnaps, Sekt, Mixgetränke...)?**

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Was?		
Wieviel?	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche	<input type="checkbox"/> am Wochenende

**Haben Sie in den letzten zwei Jahren illegale Drogen (Cannabis, Kokain, Extasy... ) konsumiert**

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Was?		
Wieviel?	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche	<input type="checkbox"/> am Wochenende

**Haben Sie eine Entwöhnungs- oder Entgiftungsbehandlung erhalten? Nein  Ja**

von-bis:	1. Klinik:
von-bis:	2. Klinik:
von-bis:	3. Klinik:



**Leiden Sie unter anderen schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen?** (z.B. Allergien, Asthma, Haut, Rücken, Gelenke, Magen-Darm...)

1.	2.
3.	4.

**Umgang mit elektronischen Medien**

	tägliche Nutzungsdauer
Smartphone	
Internet (Online-Spiele, Chat, Socialmedia)	
Spielekonsole	
Fernsehen und Video/DVD	

**Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**

Nein  Ja  Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ Merkzeichen: \_\_\_\_\_

Art der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Beantragt: , beim Versorgungsamt \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

**Welche Operationen hatten Sie bereits?** (mit Angabe Monat/Jahr)

1.	2.
3.	4.

**Besteht z.Zt. eine psychopharmakologische Behandlung ?** Nein  Ja  Wenn ja, bitte aktuelle Medikation

seit wann verschrieben	Medikamentenname, Dosis

**Folgende Psychopharmaka wurden mir schon mal verschrieben:**

abgesetzt weil	Medikamentenname, Dosis

**Besteht eine nicht-psychiatrische Dauermedikation?** Nein  Ja , folgende:

1.	2.
3.	4.

**8. Ressourcen und Unterstützungsbedarfe****Wo sehen Sie Ihre Stärken? Gibt es Leistungen, Fähigkeiten oder Talente, auf die Sie stolz sind oder die Sie freuen?**

---

---

**Können Sie sich vorstellen, wie wir Ihnen in der RPK- Einrichtung helfen können?**

---

---

**Welche Ziele haben Sie für Ihre Teilnahme an der medizinischen Rehabilitation?**

(mehrere Antworten möglich)

 mehr Ausdauer und Konzentration mich stabilisieren besser im Haushalt zurecht zu kommen bessere Kontaktfähigkeit Interessen entwickeln/ wieder entdecken mehr Freude erleben mehr Selbstständigkeit / Unabhängigkeit  Durchsetzungsvermögen

andere Ziele:

---

---

**Wie würden Sie selbst die Erkrankung bezeichnen, die diese Rehabilitationsmaßnahme erforderlich macht?**

---

---

**Welche Ziele haben Sie beruflich?**

---

---

---

**Brauchen Sie Unterstützung im Haushalt?** (mehrere Antworten möglich)

- ich brauche keine  beim Putzen  
 beim Einkaufen  beim Wäsche waschen  
 beim Kochen  
 anders, und zwar

**Wie kommen Sie mit der Körperpflege zurecht?** (mehrere Antworten möglich)

- ich komme gut zurecht  ich habe Schwierigkeiten, alleine damit zurecht zu kommen  
 mir fehlt manchmal der Antrieb mich zu pflegen  
mein äußeres Erscheinungsbild ist mir  wichtig  nicht wichtig

**Welche Dinge fallen Ihnen schwer?** (mehrere Antworten möglich)

- öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen  Kontakte zu knüpfen  
 Behördengänge zu erledigen  meine Freizeit sinnvoll zu gestalten  
 meinen Tag zeitlich zu planen  Bearbeitung von Post  
 Entscheidungen zu treffen / Probleme zu lösen  
 anderes und zwar

***Einverständniserklärung***

Um die Erstellung des Antrages zur medizinischen Rehabilitation, sowie eines Behandlungs- und Rehabilitationsplans zu gewährleisten und die Kostenklärung zu ermöglichen, bin ich mit der Überlassung dieses Fragebogens an die Mitarbeitenden des medizinischtherapeutischen Dienstes der Reha Dannenberg einverstanden.

Zur Erstellung des Prognosegutachtens ist es notwendig Vorbefunde und –berichte von den bisherigen Behandlungen anzufordern. Dazu benötigen wir eine Schweigepflichtentbindung für jede vorbehandelnde Institution oder Praxis.

Die erhobenen Daten werden bis zu 2 Jahren von uns aufbewahrt, wenn die Maßnahme nicht begonnen wird, um ggf. einen späteren Beginn der Maßnahme zu ermöglichen.

Ihre Zustimmung zu Schweigepflichtentbindungen und Aufbewahrungen Ihrer Daten, kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_