

**Aufnahmefragen zur Rehabilitation**

Patientenetikett

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

**I. Bekannte Gesundheitsprobleme**

<b>Bekannte Gesundheitsprobleme</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>Wann aufgetreten/seit wann bekannt? Wie wurde/wird behandelt?</b>
Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Halsschlagaderverengung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma bronchiale, Asthmaanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gallenblasen-/ Gallenwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magengeschwüre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Darmerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Luftnot nach 2 Etagen Treppensteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen in den Beinen beim Gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Offene Wunden an den Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerz oder Druckgefühl in der Brust nach 2 Etagen Treppensteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutfettwerterhöhung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuckererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien? Nahrungsmittelunverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzentrations- oder Gedächtnisschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Gesundheitsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Aufnahmefragen zur Rehabilitation**

Patientenetikett

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

**II. Ihre persönlichen Behandlungsziele**

	trifft zu	trifft nicht zu
Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortsetzung bisheriger Freizeitaktivitäten (Hobby)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung über die aktuelle Leistungsfähigkeit von Herz- und Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information über Schutzfaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information über Gesundheitsrisiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserer Umgang mit der Herz-Kreislaufferkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erlernen von Entspannungstechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulung für Gewichtsnormalisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Rauchstopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bessere Blutdruckwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederaufnahme der bisherigen Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung bei der Planung einer künftigen Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Ziele:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>