

Prozess: Aufnahme

Anamnesefragebogen

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Aktuelle Wohnsituation: (wenn derzeit in Klinik o. ä., dann Wohnsituation davor)

- allein lebend oder mit (Ehe-)Partner
 eigene Wohnung oder bei den Eltern: Zimmer oder Wohnung
 betreutes Einzelwohnen oder ambulante WG oder Sonstiges: _____

Familienangehörige:

Vater: Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Anschrift: _____
 Tel.: _____ Beruf: _____
Mutter: Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Anschrift: _____
 Tel.: _____ Beruf: _____
(Ehe-)Partner (Name/Geburtsjahr): _____
Kinder (Name/Geburtsjahr): _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

- Nein
 Ja Nr. ___/___/_____ Grad der Behinderung ___% Merkzeichen _____ Gültig bis _____
 Beantragt beim Versorgungsamt _____ am _____

Schule / Berufsausbildung / Studium: incl. Abbrüche

Schulart	Ort	von - bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

höchster Schulabschluss: _____ **Jahr:** _____

Berufsfachschulen und Berufsausbildung (auch abgebrochene Ausbildungen):

Art/Ort	Fachrichtung	von - bis	Abschluss als
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Beschreiben Sie bitte Ihre Tätigkeitsfelder:

Sonstige berufliche Qualifikationen (Fremdsprachen-, Computer-, Schweiß-, Gabelstaplerkurse etc.):

Studium (Fachrichtung und Ort/auch abgebrochene Studiengänge):

_____ von _____ bis _____
_____ von _____ bis _____

Abschluss als:

Jahr:

Welche Arbeitsverhältnisse (sozialversicherungspflichtig) hatten Sie in den letzten 3 Jahren?

Firma/Ort	Art der Tätigkeit	von	bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Besondere Belastungen und Anforderungen am letzten Arbeitsplatz (bitte ausführlicher beschreiben):

Vollzeit Teilzeit Schichttätigkeit Ja Nein

Können Sie bestimmte Tätigkeiten, aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht ausüben?

Kontakte zu Rehaberatungen der Arbeitsagenturen: wo und wann ?

_____ **Jahr:** _____

_____ **Jahr:** _____

Ich habe bereits folgende **berufliche Fördermaßnahme** bei der Arbeitsagentur in

..... beantragt bzw. regulär absolviert bzw. abgebrochen:

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

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

Nein Ja , und zwar bei der Arbeitsagentur _____ wann? _____

Wurde eine **Berufseignung/Leistungsdiagnostik** bei der Arbeitsagentur durchgeführt?

Nein Ja , und zwar _____ wann? _____

_____ von _____ bis _____

Wurde in diesem Rahmen eine Testung durchgeführt? Ja Nein

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

Falls abgebrochen, aus welchen Gründen?

Waren Sie in den letzten 12 Monate arbeitsunfähig?

nein ja, mindestens 3 Monate ja, 3 – 6 Monate ja, mehr als 6 Monate

in den letzten 12 Monaten war ich nicht erwerbsfähig

Beziehen Sie Erwerbminderungsrente?

Ja Nein

Wo:

befristet bis:

Finanzielle Bezüge:

Krankengeld ALG I ALG II Kindergeld Waisenrente BU-Rente

Taschengeld/Unterhalt

von:

befristet bis:

Psychiatrische Behandlungen:

Letzte stationäre Behandlungen:

Klinik: _____ von _____ bis _____

Diagnosen: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Klinik: _____ von _____ bis _____

Diagnosen: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Klinik: _____ von _____ bis _____

Diagnosen: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Aktuelle ambulante nervenärztliche Behandlung durch:

Name: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Aktueller Hausarzt: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Unter welchen anderen schwerwiegenden Erkrankungen / Behinderungen leiden Sie ggf. noch?

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja,

welche: _____

Wenn medikamentöse Behandlung, bitte aktuelle Medikation auflisten:

1. _____ seit: _____

2. _____ seit: _____

3. _____ seit: _____

4. _____ seit: _____

5. _____ seit: _____

Was gilt es bei Ihrer Ernährung zu berücksichtigen? Benötigen Sie eine besondere Kost?

Wenn ja, welche?

vegetarische Kost vegane Kost religionsbezogen-eingeschränkte Kost _____

Diabetische Kost Reduktionskost Sonstige Kost: _____

Vielen Dank für Ihre kooperative Mitwirkung und Ihr Einverständnis, Ihre Daten für eine erfolgreiche Rehabilitation zu verwenden.

Datum: _____ Unterschrift: _____