



Ihre psychosomatische Rehabilitation in der Eifelklinik

→ Informationen zum guten Gelingen



Eifelklinik

...für Körper und Seele

Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland



Herzlich willkommen in der Eifelklinik

Wir freuen uns, Sie bald im GesundLand Eifel 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 die Mitarbeiter unseres Aufnahmebüros, die Sie unter der Telefonnummer 06572 925-2040 erreichen.

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

Dr. med. Peter Bommersbach
Ärztlicher Direktor

Lothar Stein
Verwaltungsdirektor

... und das gesamte Team der Eifelklinik



Bitte ausgefüllt zur ärztlichen Aufnahmeuntersuchung mitbringen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

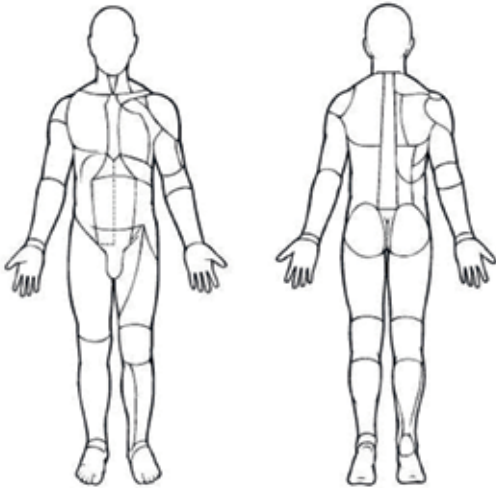
Fragebogen zur ärztlichen Aufnahme

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

Während des Aufnahmegesprächs wird 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

Allgemeinbefinden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schlecht
Appetit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> vermehrt
Gewicht	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> abgenommen _____ kg	<input type="checkbox"/> zugenommen _____ kg
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	
Wasser lassen	<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	
Ödeme	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja	
Schlaf	<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
Atmung	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> Atemnot bei Belastung
Übelkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Erbrechen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schwitzen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/> Schweißaus- brüche
	<input type="checkbox"/> Kältegefühl		
Allergien	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> gegen: _____		
Allergiepass	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
sexuelle Funktionsstörungen	<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.

Suchen Sie sich bitte die wichtigsten Therapieziele heraus und formulieren diese noch einmal in Ihren eigenen Worten unter dem Punkt: „Meine persönlichen Rehabilitationsziele.“

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"/>



Meine wichtigsten persönlichen Rehabilitationsziele

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

Unterschrift Arzt



**Bitte ausgefüllt zur
psychotherapeutischen Aufnahme
mitbringen**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Fragebogen zur therapeutischen Aufnahme

Damit Ihnen Ihr Psychotherapeut beim Erreichen Ihrer persönlichen und beruflichen Ziele optimal zur Seite stehen kann, 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"/> Regulär |
| <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 Therapeut und 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 erlebten 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



In welchen Lebensbereichen gibt es Verbesserungsbedarf?

Im Bereich des Lernens und der Wissensanforderung:

- bin ich kompetent gibt es Verbesserungsbedarf bei:

Im Bereich der Kommunikation (schreiben, lesen, sprechen):

- bin ich kompetent gibt es Verbesserungsbedarf bei:

Im Bereich der Mobilität bin ich:

- selbstständig beeinträchtigt durch:

Im Bereich der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens:

- bin ich eigenständig habe ich Bedarf bei:

Im Bereich Freunde und Bekannte zu finden beziehungsweise Beziehungen zu halten fühle ich mich:

- sicher unsicher

In folgenden weiteren wichtigen Lebensbereichen (zum Beispiel Hobbys, Freizeit, Teilhabe an wichtigen gesellschaftlichen Lebensbereichen) fühle ich mich:

- gut integriert nicht gut integriert

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.

Formulieren Sie auf dieser Grundlage in eigenen Worten bitte 1 bis 5 Ziele unter „meine persönlichen Reha-Ziele“ und ordnen Sie diese nach der für Sie persönlichen Wichtigkeit.

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"/>



Meine wichtigsten Rehabilitationsziele

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

Unterschrift Therapeut



*Vielen Dank für Ihr
Engagement.*

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



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
redaktion@eifelklinik.de

Fotos:
Tobias Vollmer, GesundLand Vulkaneifel, Sigrun Neumann

Stand
04/2020