

# DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff      26757 Nordseeheilbad Borkum      Hindenburgstr. 126      Telefon (04922) 30 20      Fax Allgemein (04922) 30 26 79      Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80      Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81      Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

---

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Strasse	Telefon-/ Handy-Nr.
Mein nächster Angehöriger ist (Nachname, Vorname):		
Wohnort, Strasse		Telefon-/ Handy-Nr.

## 1.0 Fragebogen

Allgemeine Fragen aus Beruf und Krankenvorgeschichte

---

### 1.1 Jetzige Beschwerden durch ihre Hauterkrankung und/oder Atemwegserkrankung

--

# DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

<b>Rehabilitationsklinik Borkum Riff</b>	26757 Nordseeheilbad Borkum Hindenburgstr. 126	Telefon	Fax Allgemein	(04922) 30 26 79
		(04922) 30 20	Fax Ärztl. Bereich	(04922) 30 26 80
			Fax Pat.-Aufnahme	(04922) 30 26 81
			Fax Verwaltung	(04922) 30 26 82

## 1.2 Bisheriger Verlauf der oben genannten Erkrankungen

### Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?

### Gab es akute Ereignisse, die zu den Beeinträchtigungen geführt haben?

### Welche Diagnostik wurde durchgeführt?

### Welche Behandlungen sind erfolgt?

### Was hat geholfen, was nicht?

# DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

<b>Rehabilitationsklinik Borkum Riff</b>	26757 Nordseeheilbad Borkum	Telefon	Fax Allgemein	(04922) 30 26 79
	Hindenburgstr. 126	(04922) 30 20	Fax Ärztl. Bereich	(04922) 30 26 80
			Fax Pat.-Aufnahme	(04922) 30 26 81
			Fax Verwaltung	(04922) 30 26 82

---

## Fragebogen Atemwegserkrankungen

	ja	nein
Haben Sie Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:		
mit Auswurf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Auswurf verfärbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farbe: <input type="checkbox"/> weiß <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> grün		
Sind Sie kurzatmig (haben Sie Luftmangelgefühl)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:		
schon in Ruhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Gehen auf der Ebene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Treppensteigen von 1-2 Etagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals Atemnot mit Pfeifen in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie (zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> häufig Erkältungen		
Atembeklemmung bei <input type="checkbox"/> Wettereinflüssen <input type="checkbox"/> Aufregung <input type="checkbox"/> körperlicher Anstrengung		
<input type="checkbox"/> Kontakt zu Blütenstaub <input type="checkbox"/> Tieren <input type="checkbox"/> Hausstaub <input type="checkbox"/> unter anderen Umständen		

## Allergien/Unverträglichkeiten

welche Allergien sind bei Ihnen bekannt?

**Arzneimittel:** welche? (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel...) \_\_\_\_\_

und welche Reaktion? \_\_\_\_\_

**Pollen:** Erle  Hasel  Birke  Gräser  Beifuß   
andere

**Tiere:** Katze  Hund  Pferd  Meerschweinchen  Vögel   
Hausstaubmilben  andere

**Schimmelpilze:**

**Nahrungsmittel:** Kuhmilch:   
Laktoseintoleranz   
Hühnerei:   
Soja: Prick  RAST (Blut)  eigene Erfahrung   
Mehl: Roggen  Weizen   
Fisch: roh  verarbeitet   
Gemüse: roh  gekocht   
welche? \_\_\_\_\_  
Obst: roh  gekocht   
welche? \_\_\_\_\_  
Nüsse: welche? \_\_\_\_\_  
Gewürze: welche? \_\_\_\_\_  
Andere: welche? \_\_\_\_\_

# DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff    26757 Nordseeheilbad Borkum    Hindenburgstr. 126    Telefon (04922) 30 20    Fax Allgemein (04922) 30 26 79    Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80    Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81    Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

## und welche Reaktionen hatten Sie darauf (bitte ankreuzen)?

- :
- Heuschnupfen, Niesanfalle, Augentränen, Augenjucken
  - Hautausschlag mit Juckreiz (Exantheme, Urticaria)
  - Kribbeln an den Lippen nach Nahrungsaufnahme
  - Quincke-odeme (Anschwellungen der Lippen, Lider, Zunge...bis Luftnot)

- Häufigkeit:** einmalig     öfter     häufig   
Frühjahr     Sommer     Herbst     Ganzjährig
- Kontaktallergie** Nickel     Chromat     Kolophonium

- andere:
- Epicutan- Test    zuletzt wann? \_\_\_\_\_
- Prick- Test    zuletzt wann? \_\_\_\_\_
- RAST-Test    zuletzt wann? \_\_\_\_\_
- Hyposensibilisierung    wann? \_\_\_\_\_

# DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

	26757 Nordseeheilbad Borkum	Telefon	Fax Allgemein	(04922) 30 26 79
<b>Rehabilitationsklinik Borkum Riff</b>	Hindenburgstr. 126	(04922) 30 20	Fax Ärztl. Bereich	(04922) 30 26 80
			Fax Pat.-Aufnahme	(04922) 30 26 81
			Fax Verwaltung	(04922) 30 26 82

1.3 Weitere reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle Bisherige Rehabilitations- und akut stationäre Aufenthalte			
Jahr	Kostenträger	Wo	Wegen
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/> orthopädische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Depressionen oder sonstige psychische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen <input type="checkbox"/> Andere:			
Unfälle (einschließlich Arbeitsunfälle)			
Berufskrankheiten			
Risikofaktoren (z. B. Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen)			

# DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff      26757 Nordseeheilbad Borkum      Hindenburgstr. 126      Telefon (04922) 30 20

Fax Allgemein (04922) 30 26 79  
Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80  
Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81  
Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

---

## 1.4 Krankheitsverständnis und Informationsstand

Umgang mit der Erkrankung      gut       zeitweise gut       schlecht

Informationsstand über die Erkrankung      gut       teilweise       schlecht

Psychische Belastung      wenig       zeitweise       stark

in psychologischer Behandlung?      Ja       Nein

wenn ja, welche (z. B. Gesprächstherapie)?: \_\_\_\_\_

Welche Möglichkeiten sehen Sie, diese Belastungen zu bewältigen?

# DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

<b>Rehabilitationsklinik Borkum Riff</b>	26757 Nordseeheilbad Borkum	Telefon	Fax Allgemein	(04922) 30 26 79
	Hindenburgstr. 126	(04922) 30 20	Fax Ärztl. Bereich	(04922) 30 26 80
			Fax Pat.-Aufnahme	(04922) 30 26 81
			Fax Verwaltung	(04922) 30 26 82

1.5	<b>Vegetative Vorgeschichte</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
	Schlaf gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wegen _____		
	_____		
	Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wegen _____		
	_____		
	Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wegen _____		
	_____		
	(Lautes) Schnarchen/ nächtliche Atemaussetzer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____		
	_____		
	Einschlafneigung am Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Appetit (normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gewichtabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja wie viel _____ kg in den letzten 12 Monaten _____		
	Stuhlgang regelmäßig / normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschwerden: _____		
	Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nächtliches Wasserlassen (mehr als 2x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wie oft _____		
	<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falls ja:		
	Seit wie vielen Jahren _____		
	Wie viele Zigaretten rauchen Sie _____ Stck.		
	täglich? _____		
	Haben Sie früher stärker geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Falls Sie nicht (mehr) rauchen:</b>		
	Haben Sie früher geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falls ja:		
	Wie viele Jahre? _____		
	Wie viele Zigaretten pro Tag? _____ Zigaretten/Tag		
	Seit wann rauchen Sie nicht mehr? _____		

# DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff    26757 Nordseeheilbad Borkum    Hindenburgstr. 126    Telefon (04922) 30 20  
Fax Allgemein (04922) 30 26 79  
Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80  
Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81  
Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

	ja	nein
<b>Trinken Sie Alkohol</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja	selten <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>
	regelmäßig <input type="checkbox"/>	
<b>Treiben Sie regelmäßig Sport</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Sportart?	_____	

2.0 **Allgemeine Sozialanamnese**

Familienstand     ledig     verheiratet     geschieden  
 Lebensgemeinschaft     verwitwet

Anzahl Kinder \_\_\_\_\_ davon im Haushalt lebend: \_\_\_\_\_  
Bestehen derzeit soziale Belastungen (z.B. Pflege von Angehörigen, Scheidungen, Unterhaltszahlungen, etc.)  
 nein     ja, weil \_\_\_\_\_

---

2.1 Die Deckung des Lebensunterhaltes erfolgt zurzeit durch

eigene Erwerbstätigkeit     Arbeitslosengeld I/II Hartz4     Krankengeld    seit wann? \_\_\_\_\_

Berufsunfähigkeit    seit wann? \_\_\_\_\_

Erwerbsminderung     teilweise     voll  
 befristet bis: \_\_\_\_\_     unbefristet, seit wann \_\_\_\_\_

Berufsgenossenschaftliche Rente  
 Dauerrente  
 Rente auf Zeit bis \_\_\_\_\_

Sind Sie finanziell abgesichert?     ja     nein     hierzu mache ich keine Angaben

Freizeitbeschäftigungen/Hobbys: \_\_\_\_\_

---

Anerkennung einer Minderung der Erwerbsfähigkeiten     nein  
 ja, wegen \_\_\_\_\_

eines Grades der Behinderung     nein  
 ja, mit einem Grad der Behinderung von \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

Berufskrankheit     nein     ja (anerkannt, gemeldet) \_\_\_\_\_  
weswegen? \_\_\_\_\_

Weitere z. Zt. beantragte Sozialleistungen, insbesondere berufliche Rehabilitation,  
Rente/Erwerbsunfähigkeit  nein  
 ja, nämlich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

z. Zt. laufende Sozialrechtsstreitigkeiten  nein     ja, nämlich \_\_\_\_\_

**2.2 Schul- und Berufsausbildung**

Schulabschluss     nein     ja, welcher \_\_\_\_\_  
Studium     nein     ja, welches \_\_\_\_\_  
Erlernte Berufe     nein     ja, Abschluss \_\_\_\_\_

Bisherige Tätigkeiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Berufswechsel aus gesundheitl. Gründen:     nein     ja, weil \_\_\_\_\_

Umschulungen     nein     ja, weil \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jetzige und/oder zuletzt ausgeübte Tätigkeiten mit Arbeitsplatzbeschreibung  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in  Teilzeit mit \_\_\_\_\_ Std./Woche     ganztags     an \_\_\_\_\_ Tagen/Woche  
 Frühschicht     Tagschicht     Nachtschicht     Wechselschicht

Der Weg zur Arbeit wird mit     PKW     Bahn/Bus     Fahrrad  
 zu Fuß zurückgelegt.    Wege-Dauer ca.    Min.

Bestand bei Antritt der Rehabilitationsmaßnahme     Arbeitsfähigkeit     Arbeitsunfähigkeit  
wenn Arbeitsunfähigkeit, seit wann  
und weswegen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

Rehabilitationsklinik Borkum Riff      26757 Nordseeheilbad Borkum      Hindenburgstr. 126      Telefon (04922) 30 20

Fax Allgemein (04922) 30 26 79  
Fax Ärztl. Bereich (04922) 30 26 80  
Fax Pat.-Aufnahme (04922) 30 26 81  
Fax Verwaltung (04922) 30 26 82

Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/> keine			
<input type="checkbox"/> unter drei Monate; Grund/Dauer _____				
<input type="checkbox"/> 3-6 Monate; Grund/Dauer _____				
<input type="checkbox"/> über 6 Monate; Grund/Dauer _____				
<b>Beschreibung des Arbeitsplatzes</b> (bitte in Stichworten Ihren Arbeitsalltag beschreiben) Arbeitsplatzbeschreibung inkl. körperlicher, physischer und psychischer Belastung: _____ _____				
Sind Sie durch Ihre Erkrankung(en) in Ihrem Beruf eingeschränkt?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja				
Welche körperlichen Beanspruchungen sind in Ihrem Arbeitsalltag erforderlich?				
<input type="checkbox"/> Leicht (z.B. Heben und Tragen von leichten Werkstücken)				
<input type="checkbox"/> Mittelschwer (z.B. Handhaben von 1-3 kg beim Treppensteigen, bzw. Heben und Tragen von 10-15 kg in der Ebene)      (ca. _____x/Stunde; _____x/Tag)				
<input type="checkbox"/> Schwer, z.B. Tragen von etwa 20-30kg schweren Lasten (ca. _____x/Stunde; _____x/Tag)				
<input type="checkbox"/> Schwerst, z.B. Heben und Tragen von über 50 kg (ca. _____x/Stunde; _____x/Tag)				
Welche Arbeitshaltung ist in Ihrem Arbeitsalltag erforderlich?				
<input type="checkbox"/> Stehen	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> gelegentlich
<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> gelegentlich
<input type="checkbox"/> Sitzen	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> gelegentlich
<b>(ständig=&gt;90%; überwiegend=50-90%; zeitweise= 10%; gelegentlich= 5% der Arbeitszeit)</b>				
Bestehen belastende Einflüsse?				
<input type="checkbox"/> Zwangshaltung	<input type="checkbox"/> Steigen	<input type="checkbox"/> Rauchentwicklung		
<input type="checkbox"/> Einseitige Armbelastung	<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/> Starke Staubentwicklung		
<input type="checkbox"/> gebückte Stellung	<input type="checkbox"/> Hohe Verantwortung	<input type="checkbox"/> Gerüche	<input type="checkbox"/> Kälte	
<input type="checkbox"/> Haltearbeit	<input type="checkbox"/> Ständige Konzentration	<input type="checkbox"/> Zugluft	<input type="checkbox"/> Gase	
<input type="checkbox"/> Überkopfarbeiten	<input type="checkbox"/> Bildschirmtätigkeit	<input type="checkbox"/> Dämpfe	<input type="checkbox"/> Nässe	
<input type="checkbox"/> Klettern	<input type="checkbox"/> schlechtes Arbeitsklima	<input type="checkbox"/> Hitze	<input type="checkbox"/> Lärm	
Nähere Angaben zu den belastenden Einflüssen:				

Inwieweit ergeben sich dadurch Einschränkungen in Ihrem Beruf und/oder Alltag?

keine                       gering                       mäßig                       stark

Erläuterung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.0 **Krankheitsverständnis/Informationsstand/Krankheitsverarbeitung**

Fühlen Sie sich über Ihre dermatologische/onkologische/pulmologische Erkrankung ausreichend informiert?     ja     nein     teilweise

Auf welche Belastungsfaktoren führen Sie Ihre Erkrankung evtl. zurück?

keine                       berufliche                       private     Stress     Infekte

oder folgende: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.0 **Betreuende Ärzte/Betriebsarzt (Name/Fachrichtung/Praxis-Ort)**

Hausarzt

Dermatologe

Pulmologe

andere (z.B. Betriebsarzt)

Nehmen Sie an einem speziellen Betreuungsprogramm (DMP) teil?

nein     ja    welches:    Asthma/COPD  Diabetes   
KHK  Mamma-Ca

Besondere soziale Belastungen/Konflikte am Arbeitsplatz:     keine  
 folgende: \_\_\_\_\_

Betriebsgröße: ca. \_\_\_\_\_ Mitarbeiter

Dauer Ihrer Betriebsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Jahre

Arbeitsplatzzufriedenheit:  vorhanden  nicht vorhanden, weil \_\_\_\_\_

Ist ein Betriebsarzt vorhanden     ja     nein

Besteht eine regelmäßige Betreuung durch den Betriebsarzt     ja     nein

Glauben Sie, den Anforderungen Ihrer bisherigen Arbeit (falls Sie zurzeit arbeitslos sind, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit) auch in Zukunft genügen zu können?

Ja, Wiederaufnahme/Weiterausübung der bisherigen Tätigkeit möglich.

Ja, aber einzelne Arbeitsabläufe müssen evtl. geändert/angepasst/umgestellt werden,  
wie folgt: \_\_\_\_\_

Nein, weil: \_\_\_\_\_

Sehen Sie sich grundsätzlich in der Lage aus gesundheitlichen Gründen einer geregelten

Erwerbstätigkeit nachzugehen?     Ja

Nein, weil \_\_\_\_\_



# DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

<b>Rehabilitationsklinik Borkum Riff</b>	26757 Nordseeheilbad Borkum	Telefon	Fax Allgemein	(04922) 30 26 79
	Hindenburgstr. 126	(04922) 30 20	Fax Ärztl. Bereich	(04922) 30 26 80
			Fax Pat.-Aufnahme	(04922) 30 26 81
			Fax Verwaltung	(04922) 30 26 82

X	<b>Rehabilitationsziele (Bitte maximal <u>3 Ziele</u> ankreuzen)</b>
	Besserung und Stabilisierung des Krankheitsbildes
	Verbesserung der Information und Schulung zur Erkrankung
	Anleitung zur konsequenten Lokalthherapie und Erlernen von Hautschutz und Pflorgetechniken
	Verbesserung des Umgangs mit Juckreiz und Kratzverhalten
	Linderung der NNH-Beschwerden und Verbesserung der Nasenatmung
	Erlernen von Entspannungsverfahren
	Verbesserung der Krankheitsakzeptanz und damit Abbau von sozialer Angst und Unsicherheit
	Erlernen von Selbstbehandlungsmöglichkeiten bei Erkrankungsschüben
	Stärkung des Immunsystems durch Klimatherapie
	Verbesserung der Beweglichkeit, wie z. B. Wirbelsäulen-, Gelenkbeschwerden
	Besserung und Stabilisierung des Allgemeinzustandes nach onkologischer Erkrankung
	Informationen über mögliche Hilfen zur Weiterausübung des Berufes im Hinblick auf gesundheitliche Einschränkungen (Nachsorge)
	Informationen zum Thema gesunde bzw. krankheitsangepasste Ernährung (zum Beispiel Gewichtsreduktion)
	Unterstützung auf dem Weg zum Nichtrauchen
	Sonstige:

**Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben**

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des Versicherten)

# DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

<b>Rehabilitationsklinik Borkum Riff</b>	26757 Nordseeheilbad Borkum Hindenburgstr. 126	Telefon	Fax Allgemein	(04922) 30 26 79
		(04922) 30 20	Fax Ärztl. Bereich	(04922) 30 26 80
			Fax Pat.-Aufnahme	(04922) 30 26 81
			Fax Verwaltung	(04922) 30 26 82

---

**Ärztliches Sekretariat**  
Rehabilitationszentrum Borkum  
Klinik Borkum Riff  
Hindenburgstr. 126

26757 Borkum

**Sehr geehrte\*r Rehabilitand\*in,**

bitte senden Sie den komplett ausgefüllten Fragebogen einschließlich der ebenfalls beigefügten Datenschutzerklärung zeitnah an uns an die oben genannte Adresse zurück.

Bitte nutzen Sie dafür dieses Formblatt, das alle relevanten Adressdaten enthält.

Wir weisen darauf hin, dass die ärztliche Aufnahme nur bei vorliegenden ausgefüllten Fragebogen und Datenschutzerklärung durchgeführt werden kann.

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen eine gute Anreise.

Ihre

Rehabilitationsklinik „Borkum Riff“