

Aufnahmebogen Onkologie

Patientenaufkleber

Aufnehmender Arzt: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Ärzte der Klinik St. Irmingard begrüßen Sie herzlich. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus, soweit sie es können.

Für ihren Aufenthalt bringen Sie bitte diesen Bogen, aktuellste Arztberichte, Ihren aktuellen Bundesmedikationsplan und Ihre Medikamente für den Aufenthalt mit.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Frühere Aufenthalte in der Klinik St. Irmingard: ☐ nein ☐ ja, wann/warum: _____

1. ANAMNESE

Aktuellster Arztbrief aus Klinikum: _____

1.1 Jetzige Beschwerden

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo: _____

Wie fühlt sich der Schmerz an? ☐ stechend ☐ brennend ☐ ziehend ☐ drückend ☐ schneidend

Was verschlimmert den Schmerz? _____

Was bessert ihn? _____

Schmerzstärke: Markieren Sie bitte den geringsten und den stärksten Schmerz.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Visuelle Analogskala VAS (0 = kein Schmerz, 10 = stärkst vorstellbarer Schmerz)

Wundprobleme: ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Bewegungseinschränkungen: ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Harninkontinenz: ☐ nein ☐ ja, welche?

☐ Belastungsinkontinenz:

☐ 1. Grades (bei Husten, Niesen) ☐ 2. Grades (bei abrupten Körperbewegungen)

☐ 3. Grades (Inkontinenz ohne Belastung, z. B. im Liegen)

☐ Drangurininkontinenz (plötzlicher Drang)

Stuhlinkontinenz: ☐ nein ☐ ja, welche?

☐ 1. Grades (Feinverschmutzung) ☐ 2. Grades (Grobverschmutzung) ☐ 3. Grades (komplette Inkontinenz)

Warnungsperiode: ☐ gar nicht ☐ Sekunden ☐ Minuten

Anale Inkontinenz = Stuhlinkontinenz + Flatusinkontinenz (Windinkontinenz): ☐ nein ☐ ja

Nur bei Kolostoma: ☐ Irrigation beherrsche ich ☐ Irrigation möchte ich lernen ☐ Irrigation will ich nicht machen

Erektile Dysfunktion: ☐ nein ☐ ja, seit der Operation ☐ ja, schon länger

Urologische Anamnese:

Letzte urologische Untersuchung (z. B. Prostata) am _____ auffällig? _____

Trockene Schleimhäute: ☐ nein ☐ ja, im Bereich _____

Taubheitsgefühl, Missempfindungen: ☐ nein ☐ ja, im Bereich _____

Körperliche Beschwerden (letzte Woche):

Husten: ☐ nein ☐ ja, seit _____ Auswurf: ☐ nein ☐ ja

Luftnot: ☐ nein ☐ ja, wann? _____ Fieber: ☐ nein ☐ ja, in °C _____

Übelkeit: ☐ nein ☐ ja Erbrechen: ☐ nein ☐ ja, wie oft am Tag _____

Nachtschweiß (mit Wäschewechsel in der Nacht): ☐ nein ☐ ja, _____ mal pro Nacht

Hitzewallungen: ☐ nein ☐ ja, _____ innerhalb von 24 Stunden

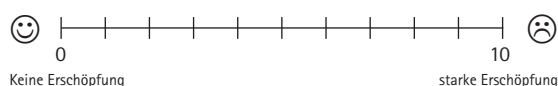
Sonstige Beschwerden: _____

Wie schätzen Sie selbst Ihre jetzige **körperliche Leistungsfähigkeit** ein?

Mit _____ % im Vergleich zu 100 % vor der Tumorerkrankung und -Therapie

Wie erschöpft fühlen Sie sich?

Bitte machen Sie ein Kreuz auf der Stelle der Skala, die nach Ihrer eigenen Einschätzung Ihren aktuellen Erschöpfungszustand beschreibt.



Wie stark fühlen Sie sich durch Tumorerkrankung und -Therapie psychisch/emotional belastet?

Distress Screening anhand des NCCN Distress Thermometer.

Anleitung:

Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet (psychisch) Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



Wenn Sie sich psychisch belastet fühlen, **in welcher Weise** (Ängste, Depression, etc.)?

Konzentrationsvermögen und Gedächtnis: ☐ gut ☐ etwas eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt

Familienanamnese: Krebserkrankung bei Blutsverwandten (wer, was, in welchem Alter?):

1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigungen

Wie wurde der Tumor festgestellt? _____

Welche Erstsymptome hatten Sie? _____

Haben sich o.g. Beschwerden bereits gebessert?

☐ ja, sehr ☐ ja, etwas ☐ nein, keine Besserung ☐ nein, sogar verschlechtert

Sonstige Therapien:

☐ keine ☐ ja, folgendes:

☐ Psychotherapeutische/psychoonkologische Behandlung ☐ Krankengymnastik ☐ Ernährungstherapie

☐ Bewegungstherapie ☐ physikalische Therapie _____ ☐ Entspannungstechniken

☐ Training im Fitnessstudio ☐ Massagen ☐ Lymphdrainagen

☐ Andere Therapien (z. B. Homöopathie) _____

1.3. Weitere reha-relevante Erkrankungen/ Operationen/ Unfälle:

Frühere Operationen (mit Angabe des Jahres oder Lebensjahres):

☐ Diabetes mellitus mit: ☐ Diät ☐ Tabletten ☐ Insulin behandelt seit _____

☐ Rheumatische Erkrankung _____ ☐ Asthma _____

☐ Thrombose _____ ☐ Lungenembolie _____ ☐ Herzerkrankung _____

☐ Herzinfarkt _____ ☐ Schlaganfall _____ ☐ hoher Blutdruck seit _____

☐ Fettstoffwechselstörung (z. B. erhöhtes Cholesterin) _____

☐ Schilddrüsenerkrankung _____

☐ Unfälle/Verletzungen _____

☐ Muskuloskelettale Erkrankungen (Wirbelsäule, Osteoporose) _____

☐ Sonstige Erkrankungen: _____

Gynäkologische Anamnese (nur ausfüllen bei gyn. Tumor- Erkrankungen):

Allererste Monatsblutung im Alter von _____, letzte Monatsblutung im Alter von _____

Wie viele Geburten: _____ Fehlgeburten: _____ Unterbrechungen: _____

Letzte gynäkologische Untersuchung am _____ ☐ unauffällig ☐ auffällig _____

☐ Nehmen Sie oder ☐ nahmen Sie die Antibabypille ein? ☐ nein ☐ ja, über _____ Jahre

☐ Nehmen Sie oder ☐ nahmen Sie Hormone gegen Wechseljahresbeschwerden ein? ☐ nein ☐ ja, über _____ Jahre



1.4. Biographische Anamnese / psychische Erkrankungen (z. B. Angsterkrankungen, Depressionen)

1.5. Vegetative Anamnese

Schlaf: ☐ gut ☐ Einschlafstörung ☐ Durchschlafstörung

Gewichtsveränderung: ☐ keine ☐ zugenommen ____kg ☐ abgenommen ____kg in welchem Zeitraum? _____

Appetit: ☐ gut ☐ mäßig ☐ gar nicht

Trinkmenge: _____ Liter pro Tag (alle Flüssigkeiten)

Stuhlgang: ☐ regelmäßig ☐ Durchfall ____ mal am Tag ☐ Verstopfung ☐ Stoma ☐ Fettstühle ☐ Farbe _____

Wasserlassen:

☐ gut ☐ Probleme wie: ☐ Schmerzen ☐ Brennen ☐ sehr häufig ☐ schwacher Strahl ☐ nachts wie oft _____

2. SOZIALMEDIZINISCHE ANAMNESE

2.1 Sozialanamnese

Familiäre Situation: ☐ verheiratet ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ wieder verheiratet

Leben Sie: ☐ alleine ☐ Lebensgemeinschaft / Familie

Anzahl Kinder: _____ davon im Haushalt lebend: _____

Wohnsituation (Haus, Wohnung, Eigentum, Miete?): _____

☐ Wohnung ebenerdig erreichbar ☐ Treppensteigen erforderlich (kein Aufzug) _____ Etagen

☐ Treppensteigen nicht erforderlich/ Aufzug vorhanden

Häusliche Versorgung: ☐ gewährleistet ☐ nicht gewährleistet

Soziale Situation, Unterstützung im Alltag: ☐ nein ☐ ja, durch _____

Pflege von Angehörigen: ☐ keine ☐ ja, _____

Finanzielle Absicherung: ☐ gegeben ☐ nicht gegeben

Risikoverhalten:

Sind Sie: ☐ **Raucher**: wie viele pro Tag? _____, seit wie vielen Jahren? _____

☐ Nichtraucher: ☐ schon immer ☐ seit _____ (_____ packyears)

Trinken Sie **Alkohol**? ☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ täglich: Was und wie viel? _____

Treiben Sie regelmäßig **Sport**? ☐ nein ☐ ja Wie viele Stunden pro Woche? _____

Welche Sportarten: _____

Bewegungsmangel: ☐ nein ☐ ja, aufgrund _____

Wie oft **essen** Sie am Tag? _____ Hauptmahlzeiten _____ Zwischenmahlzeiten

☐ Mischkost ☐ fleischarm ☐ vegetarisch ☐ spezielle Diät _____

Haben Sie **Allergien**? ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Sozialeleistungen: ☐ nein ☐ ja, welche:

☐ ambulanter Pflegedienst ☐ ambulante Stomaversorgung ☐ Familienhelfer _____

☐ Arbeitslosengeld ☐ Sozialhilfe ☐ Grundsicherung

Sozialversicherungsrechtlicher Status

→ Erwerbsstatus

- ☐ Erwerbstätig: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit wieviel Stunden _____ ☐ geringfügige Beschäftigung
- ☐ Altersrentner/in seit _____ ☐ in Pension seit _____
- ☐ arbeitslos seit _____ wegen _____
- ☐ in Ausbildung bis _____
- ☐ in Altersteilzeit: ☐ aktiv ☐ passiv seit _____ bis _____
- ☐ Hausfrau/Hausmann
- ☐ Berufsunfähigkeit
- ☐ nicht erwerbstätig
- ☐ Erwerbsminderungsrente: ☐ beantragt ☐ anerkannt ☐ voll ☐ teil
☐ unbefristet ☐ befristet seit _____ bis _____ wegen _____

→ Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme

Ich komme ☐ arbeitsfähig ☐ arbeitsunfähig, seit _____, aufgrund _____

→ Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten

- ☐ keine ☐ nicht erwerbstätig
- ☐ Ich war in den letzten 12 Monaten _____ Monate arbeitsunfähig

Besteht Pflegebedürftigkeit? ☐ nein ☐ ja, Pflegegrad _____, aufgrund _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis (GdB)? ☐ nicht beantragt ☐ beantragt ☐ ja, GdB _____%

Beziehen Sie eine Erwerbsminderungsrente? ☐ nein ☐ beantragt, wegen _____

☐ ja, _____ % seit _____, ☐ befristet bis _____ ☐ unbefristet ☐ wegen _____

Haben Sie einen Antrag auf Sozialleistungen gestellt? ☐ nein ☐ ja, auf _____

Gibt es laufende Sozialstreitigkeiten? ☐ nein ☐ ja, wegen _____

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

Beruflicher Werdegang

Schulabschluss: ☐ keiner ☐ Hauptschulabschluss ☐ Mittlere Reife ☐ Realschulabschluss

☐ Abitur ☐ Studium, welches _____

Erlerner Beruf _____ ☐ keiner

Umschulungen _____

Beschreibung des aktuellen Arbeitsplatzes

Jetzige/letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit: _____

→ Arbeitsschwere

☐ leicht (bis 10 kg) ☐ mittelschwer (10-15 kg) ☐ schwer (über 15 kg)

→ Arbeitshaltung

☐ sitzend _____% ☐ stehend _____% ☐ gehend _____%

☐ gebückte Haltung ☐ häufige Zwangshaltungen ☐ Wechsel der Arbeitsposition möglich

☐ hockend/kniend ☐ ständige Überkopparbeiten ☐ Schreibtischarbeit ☐ Bildschirmarbeit



→ Arbeitsbelastung

- ☐ monotone Arbeit ☐ Publikumsverkehr ☐ Schwindelfreiheit ☐ Trittsicherheit erforderlich ☐ Vibrationen
☐ Geschicklichkeit ☐ Konzentration ☐ hohe Verantwortung ☐ hohe Stressbelastung ☐ Hitze
☐ Nässe/Kälte/Zugluft ☐ freier Witterung ausgesetzt

☐ Innendienst _____ % ☐ Außendienst _____ % ☐ Gefährdungsmomente _____

☐ Reisetätigkeit Inland ☐ Reisetätigkeit Ausland mit ca. _____ km pro Jahr, _____ Wochen pro Jahr

→ Arbeitsorganisation

- ☐ Tagschicht ☐ Früh-/Spätschicht ☐ Nachtschicht

Fortführen der Tätigkeit möglich? ☐ ja ☐ nein ☐ teilweise, womit haben Sie konkret Schwierigkeiten? _____

Streben Sie eine Wiedereingliederung an? ☐ Ja ☐ Nein ☐ bereits arbeitsfähig

Erreichen des Arbeitsplatzes: ☐ zu Fuß ☐ Fahrrad ☐ öffentl. Verkehrsmittel _____ ☐ PKW

☐ ohne Probleme ☐ mit Problemen, wenn ja welche? _____

2.3. Subjektive Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

→ Bestehen Einschränkungen/ Beeinträchtigungen im Alltag? ☐ nein ☐ ja, und zwar folgende:

Lernen und Wissensanwendungen: _____

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen: _____

Kommunikation: _____

Mobilität: _____

Selbstversorgung: _____

häusliches Leben: _____

interpersonelle Interaktionen und Beziehungen: _____

bedeutende Lebensbereiche: _____

Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben: _____

→ Krankheitsverständnis/ Krankheitsverarbeitung

Wie gut fühlen sie sich informiert? _____

Was möchten Sie noch wissen? _____

Glauben Sie die Ursache für den Krebs zu kennen? Wenn ja welche? _____

Haben Sie Bewältigungsstrategien bzw. Kraftquellen, wenn ja, welche? _____

Individuelle Rehaziele:

Was sind Ihre konkreten Rehaziele (1 bis max. 5)? Was soll anders/ besser werden?

Bitte geben Sie das wichtigste Ziel oben an, dann mit absteigender Relevanz.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

