



RPK MÜNCHEN

ANAMNESEBOGEN - SELBSTAUSKUNFT

Liebe Bewerberin, lieber Bewerber,

Sie bewerben sich um die Aufnahme in unserer Reha-Klinik. Die Kostenträger der Behandlung in unserer RPK fordern von uns eine detaillierte Stellungnahme, aus der die Notwendigkeit der Rehabilitation ersichtlich wird. Zur Ausfertigung dieser Stellungnahme sind wir auf ihre aktive Mitarbeit angewiesen. Bitte beantworten Sie daher die unten genannten Fragen möglichst genau und ausführlich. Sie helfen uns damit, den Aufnahmeprozess zu beschleunigen.

Bitte reichen Sie hierzu auch sämtliche Arztbriefe vorheriger Behandlungen bis eine Woche vor ihrem verbindlichen Vorstellungsgespräch ein.

Datenschutz-Einwilligung

Ich willige ein, dass die in diesem Bogen gemachten Angaben einschließlich gesundheitsbezogener Informationen von der ReAL gGmbH und den Mitarbeiter:innen der RPK München verarbeitet werden dürfen – ausschließlich zum Zweck der Einschätzung und Aufnahmeentscheidung.

Die Datenverarbeitung erfolgt freiwillig auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Weitere Informationen zum Datenschutz unter: www.real-verbund.de/datenschutz

Vielen Dank im Voraus!

Ihr RPK-Team

Name:	Vorname:
Geburtsort:	Geburtstag:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Tel. privat:	Tel. Handy:
E-Mail:	Rentenversicherungsträger u. Nr.:
Krankenkasse:	Gesetzl. Betreuer (Name, Anschrift, Telefonnr.):

1. Aufgrund welcher Schwierigkeiten und Probleme im Alltag, Privat- oder Berufsleben, streben Sie eine Rehabilitation in unserer Klinik an?

2. Seit wann bestehen die Beschwerden? Gab es hierfür einen Auslöser?

3. Welche Auswirkungen habe diese Schwierigkeiten auf folgende Bereiche (wenn möglich mit einem Beispiel):

Alltag, Wohnen und Selbstversorgen:

Freundschaften, Familie und Partnerschaft:

Arbeitsplatz:

Freizeitgestaltung:

--

4. Wann und wo waren sie wegen der oben genannten Schwierigkeiten in Behandlung, bitte berichten Sie in Form eines Lebenslaufes von Ihren ambulanten und stationären Behandlungen:

Von xx.xxxx bis xx.xxxx	Behandler (Angabe stat. oder amb.) und Ort

Nutzen Sie bitte die Rückseite, falls die Tabelle nicht ausreicht.

5. Falls Sie zurzeit Medikamente einnehmen, geben Sie bitte an, seit wann und in welcher Dosierung?

--

6. Haben Sie früher bereits andere Medikamente zu der Behandlung Ihrer psychischen Probleme eingenommen? Wenn ja, welche Präparate und zu welchem Zeitpunkt?

Medikament	Von... bis...	Positive Wirkung	Unerwünschte Wirkung

7. Konsumieren Sie Alkohol und Drogen?

Wenn ja, seit wann und in welchen Mengen?

Rauchen Sie Zigaretten und wenn ja, wie viele pro Tag?

8. Wie groß sind Sie und wieviel wiegen Sie?

Körpergröße: _____cm

Körpergewicht: _____kg

9. Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten, körperliche Einschränkungen usw.?

10. Angaben zum Vater:

Geburtsland und Geburtsjahr:

Beruf:

Verhältnis zum Vater:

11. Angaben zur Mutter:

Geburtsland und Geburtsjahr:

Beruf:

Verhältnis zur Mutter:

12. Haben sich die Eltern getrennt oder geschieden?

Nein:

Ja: Seit _____

13. Haben Sie Geschwister?

Nein:

Ja:

Wie viele Schwestern oder Brüder und wann geboren?

Wie ist das Verhältnis zu Ihren Geschwistern?

14. Eigene biografische Vorgeschichte:

Gab es Probleme bei Ihrer Geburt und/oder frühkindlicher Entwicklung?

Wo sind Sie aufgewachsen (mit wem und an welchem Wohnort)?

Bitte berichten Sie von besonders prägenden Lebensereignissen in Kindheit, Jugend und / oder Erwachsenenalter:

Wie haben Sie das Familienklima und familiäre Umfeld erlebt?

Bitte beschreiben (eher behütet, kompliziert, schwierig, gab es Gewalttätigkeiten) und ausführen:

Schulischer und beruflicher Werdegang (Schule, Studium, Ausbildungen, Umschulungen, wechselnde Arbeitsplätze)in Form eines Lebenslaufes:

Von XX.XX bis XX.XX	Wo (Schule, Arbeitgeber,...), Abschlüsse

Falls Ihnen die Tabelle nicht ausreicht, nutzen Sie bitte die Rückseite.

Von XX.XX bis XX.XX	Arbeitsunfähigkeitszeiten



Aktuelle oder letzte berufliche Position:

Gab es besondere Belastungen am Arbeitsplatz, wenn ja welche?

Partnerschaft:

Verheiratet?, seit wann:

Feste (Lebensgemeinschaft)/feste Beziehung?:

Kinder? (Geschlecht, Geburtsjahr):

Aktuelle finanzielle Situation (Schulden, Unterstützung durch Angehörige, ALG, eigenes Arbeitseinkommen, usw.):

15. Ihre persönlichen Ziele in der Rehabilitation:

Uff, geschafft!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

ReAL gGmbH · Schulgraben 2 · 83646 Bad Tölz · Tel +49 8041 766-0 · Fax +49 8041 766-1990

Geschäftsführerin: Eva-Marie Torhorst · info@real-verbund.de · www.real-verbund.de

Gerichtstand Amtsgericht München · HRB 105799 · USt-IdNr. DE160649659