



M.Holleber - C.Holleber-Sobtzick - Dr. med. T. Schäfer,
Schweinfurter Straße 11 - 97717 Euerdorf

Gemeinschaftspraxis

Markus Holleber

Christina Holleber-Sobtzick

Dr. med. Tim Schäfer

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Schweinfurter Straße 11 - 97717 Euerdorf

Tel. 09704 / 5353 - Fax 09704 / 1631

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Sie möchten einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme stellen.
Dabei bitten wir Sie wie folgt vorzugehen:

1. Bitte beantragen Sie alle notwendigen Unterlagen bei Ihrer Krankenkasse, drucken Sie die Unterlagen im Internet aus oder stellen Sie den Antrag direkt online auf ***www.deutschenrentenversicherung.de***
2. Füllen Sie den Antrag **und** unseren Fragebogen vollständig aus
3. Bringen Sie **alle** Unterlagen in unsere Praxis (bitte um kurze Information, wenn der Antrag online gestellt wurde)

Unsere Öffnungszeiten:

Montag:	7:45-12:00 Uhr	15:00-18:00 Uhr
Dienstag:	7:45-12:00 Uhr	15:00-18:00 Uhr
Mittwoch:	7:45-12:00 Uhr	
Donnerstag:	7:45-12:00 Uhr	15:00-18:00 Uhr
Freitag:	7:45-12:00 Uhr	

Wir versenden den Antrag für Sie direkt zur zuständigen Stelle.

Ihr Praxisteam



Gemeinschaftspraxis
Markus Holleber
Christina Holleber-Sobtzick
Dr. med. Tim Schäfer
 Fachärzte für Allgemeinmedizin
 Schweinfurter Straße 11 - 97717 Euerdorf
 Tel. 09704 / 5353 - Fax 09704 / 1631

Informationen zum „Kur“-Antrag

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Akt. Telefonnummer			
Sozialversicherungsnummer			
Geburtsdatum, - ort			
Größe, Gewicht	cm	kg	
Schwerbehinderung	%	Merkzeichen:	
Pflegestufe	Betreuung Vormund ☐ ja ☐ nein		
Beruf (erlernt/ausgeübt)	☐ arbeitslos	☐ Rentner	
Wochenarbeitszeit	☐ Schichtdienst	☐ Akkord	
Stunden: h/Woche			
Lebenssituation	☐ Mit (Ehe) - Partner	☐ bei Familie	☐ alleinstehend
Risikofaktoren	☐ kein Alkohol ☐ selten Alkohol ☐ — Fl. Bier / Woche ☐ — Gl. Wein/Woche ☐ — Schnaps / Woche	☐ Rauchen Wenn ja: — Zigaretten / Tag	☐ Übergewicht
☐ Bewegungsmangel ☐ sonstiges:			
Was und seit wann haben Sie Beschwerden? Wird es besser oder schlechter, bleibt es gleich? Was können Sie z.B. an der Arbeit nicht tun, weil Sie krank sind?			
Gibt es noch etwas anderes Wichtiges, das Sie derzeit nicht tun können, weil Sie krank / erschöpft sind? Warum denken Sie, ist eine Kur für Sie jetzt genau das Richtige?			

Was erwarten Sie von einer Kur ? Was möchten Sie wieder tun können? Gibt es etwas, was Sie in der Kur lernen wollen? Wo möchten Sie gerne eine Kur machen?	
--	--

Was wurde schon getan, um Ihre gesundheitlichen Probleme zu lösen?

Behandlung bei Spezialisten (Facharztbesuche)	() Nein	() Ja (Fachgebiet): - - - - - - -
Physiotherapie (Masse, Krankengymnastik)	() Nein	() Ja (was?):
Psychotherapie (Gesprächstherapie)	() Nein	() Ja
Krankenhausbehandlung in den letzten 2 Jahren	() Nein	() Ja
Ergotherapie	() Nein	() Ja
Rehasport	() Nein	() Ja
Eigener Sport	() Nein	() Ja, welcher?
Logopädie (Übungen für Sprache/Stimme)	() Nein	() Ja
Selbsthilfegruppe	() Nein	() Ja
Anderes	() Nein	() Ja, was? - - - -

Weil ich krank bin, habe ich Schwierigkeiten in den Bereichen:
(Kreuzen Sie an)

	Kein Problem	Komme zurecht	Fällt mir schwer	Geht nicht
Verständigung: (Sehen, Hören, Sprechen, Schreiben)	☐	☐	☐	☐
Beweglichkeit: (Gehen, Treppensteigen, Laufen, Tragen, Bücken)	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung: (Waschen, Anziehen, Essen)	☐	☐	☐	☐
Leben mit Freunden und Bekannten: (Verein)	☐	☐	☐	☐

Nutzen Sie Hilfsmittel, z.B. für die Fortbewegung?

Rollator, Gehstock	☐ Nein	☐ Ja, was:
Rollstuhl	☐ Nein	☐ Ja, was:
Bandage, Prothese	☐ Nein	☐ Ja, was:

Gibt es Probleme oder Schwierigkeiten in folgenden Bereichen:

Familie	☐ Nein	☐ Ja:
Geldsorge	☐ Nein	☐ Ja
Wohnsituation	☐ Nein	☐ Ja
Gedächtnis	☐ Nein	☐ Ja
Fehlen Ihnen Menschen, die helfen, auf die Sie sich verlassen können?	☐ Nein	☐ Ja

Wie ist Ihre Stimmung?

Haben Sie sich im letzten Monaten oft niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	☐ Nein	☐ Ja
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Interesse und Lust an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	☐ Nein	☐ Ja

Die Aktivitäten und Dinge des täglichen Lebens:

	Geht gar nicht	Nur mit Hilfe	Kein Problem
Essen	()	()	()
Aufstehen aus dem Bett (oder Umsteigen in den Rollstuhl)	()	()	()
Gehen auf ebenem Untergrund ohne Rollator (50 m weit = 3 Straßenlaternen)	()	()	()
Selbst den Rollstuhl fahren (in der Ebene)	()	()	()
Treppensteigen	()	()	()
An-und Ausziehen	()	()	()
Waschen	()	()	()
Baden	()	()	()
Toilettenbenutzung	()	()	()
Urin halten (auch: Katheter o. Künstliche Blase mit Ausgang selbst versorgen)	()	()	()
Stuhlgang halten (auch: künstlichen Darmausgang selbst versorgen)	()	()	

Vielen Dank, dass Sie den Fragebogen beantwortet haben, Sie haben uns sehr geholfen!

Wir freuen uns, wenn Sie uns abschließend noch eine Rückmeldung zum Fragebogen geben würden. Kreuzen Sie an.

Wie haben Sie sich gefühlt?



Wie war die Verständlichkeit der Fragen?



Wie fanden Sie die Länge des Fragebogens?



Der Antrag wurde online gestellt

☐ Ja

☐ Nein