

Liebe Patienten!

Sie haben uns gebeten, einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme („Kur“) zu bearbeiten. Wir bitten Sie um Ihre Mithilfe, damit wir Ihren Antrag unterstützen zu können.

### **Schon alles andere vor einer „Kur“ probiert?**

Wenn Ihr Antrag Erfolg haben soll, müssen wir nachweisen, dass Sie „alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten“ ausgenutzt haben, zum Beispiel Krankengymnastik, Behandlungen beim Spezialisten („Facharzt“), aber auch eigene Aktivitäten wie Sport und selbstbezahlte und von der Krankenkasse unterstützte Maßnahmen wie Gesundheitskurse, Rückenschule, Volkshochschulkurse usw. in Anspruch genommen haben.

### **Berufliche und sonstige Belastung?**

Zusätzlich wollen die auch die Kranken- oder Rentenkassen etwas von Ihnen wissen, z.B. Informationen zu ihrem Beruf, besonders belastenden Lebensumständen, den derzeitigen gesundheitlichen Beschwerden und den Einschränkungen, die Sie hierdurch in ihrem Alltag haben. In Ihren Antworten finden auch die Sorgen Platz, die Sie direkt betreffen, persönlich, in der Familie, finanziell.

### **Warum werden Anträge abgelehnt?**

Wir werden mit den uns vorliegenden Behandlungsdaten, den Facharztberichten und ihren Angaben den Antrag bearbeiten. Sollte Ihre Krankenkasse oder die Rentenversicherung dann trotzdem ablehnen, liegt dies nicht an Ihnen oder uns, sondern meist am Kostenträger. Zum Beispiel daran, dass die relevanten Kriterien nicht hinreichend erfüllt werden.

### **Im Widerspruchsverfahren unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne.**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich. Suchen Sie sich die passendste Antwort heraus. Wenn Sie keine Antwort geben können oder möchten, tragen Sie nichts ein.

## Informationen zum „Kur“-Antrag

<b>Name, Vorname</b>			
akt. Telefon für Rückfragen			
Geburtsdatum, -ort			
Größe, Gewicht		cm	kg
Sozialversicherungsnummer:			
Schwerbehinderung:		%	Merkzeichen („aG“...):
Pflegestufe:		Betreuung („Vormund“):	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein
Beruf (erlernt/ausgeübt):		<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Rentner
Wochenarbeitszeit:		Stunden <input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> Akkord
Lebenssituation:		<input type="checkbox"/> mit (Ehe-) Partner	<input type="checkbox"/> bei Familie   <input type="checkbox"/> alleinstehend
Risikofaktoren:		<input type="checkbox"/> <b>kein</b> Alkohol <input type="checkbox"/> selten Alkohol <input type="checkbox"/> ___ Fl. Bier / Woche <input type="checkbox"/> ___ Gl. Wein / Woche <input type="checkbox"/> ___ Schnaps / Woche	<input type="checkbox"/> Rauchen Wenn ja: ___ Zigaretten tgl.?
		<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/> sonstiges:
Was haben Sie für Beschwerden? Seit wann? 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 Problem zu lösen?

Behandlung beim Spezialisten (Facharztbesuche):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
		<input type="checkbox"/> Ja (Fachgebiet?):
Physiotherapie („Massage“, Krankengymnastik, ...):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (was?):
Psychotherapie („Gesprächstherapie“, ...):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Krankenhausbehandlung in den letzten 2 Jahren:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ergotherapie:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rehasport:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Eigener Sport:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (welcher?):
Logopädie (Übungen für Stimme und Sprache):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Selbsthilfegruppe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
Anderes:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (was?):
		<input type="checkbox"/> Ja (was?):
		<input type="checkbox"/> Ja (was?):

**Weil ich krank bin, habe ich Schwierigkeiten in den Bereichen:**

	Kein Problem	Komme zurecht	Fällt mir schwer / brauche Hilfe	Geht nicht
Verständigung (Sehen, Hören, Sprechen, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beweglichkeit (Gehen, Treppensteigen, Laufen, Tragen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (Waschen, Anziehen, Essen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leben mit Freunden und Be- kannten (Verein...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Rollator, Gehstock	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (was?):
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (was?):
Bandage, Prothese	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (was?):

**Gibt es Probleme oder Schwierigkeiten in folgenden Bereichen:**

Familie:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
Fehlen Ihnen Menschen, die helfen, auf die Sie sich ver- lassen können?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Geldsorgen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Gedächtnis:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

**Wie ist Ihre Stimmung?**

Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Interesse und Lust an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

**Die Aktivitäten und Dinge des täglichen Lebens:**

	Geht gar nicht	Nur mit Hilfe	Kein Problem
Essen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett (oder Umsteigen in den Rollstuhl) und umgekehrt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen auf ebenem Untergrund ohne Rollator, 50 Meter weit (= 3 Straßenlaternen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst den Rollstuhl fahren (in der Ebene):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ausziehen (auch von Bandagen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin halten (auch: Katheter oder künstliche Blase mit Ausgang selbst versorgen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang halten (auch: künstlichen Darmausgang selbst versorgen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Name, Vorname, Unterschrift**

---

**Datum**

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

Dres. med. Roger und Christina Lux