



Basisblatt, Arzt Aufnahme

Nachname: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____ Geschlecht: _____
 Aufn.-Datum: _____ Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer: _____
 2
 Aufnahmeummer: _____

Geschlecht: _____ Alter: _____ Jahre
 * Größe: _____ * Aufn.-Gewicht: _____ kg
 999. BMI

* Aufn.-Tag: _____ Wohnort: _____ Berufsg.-Schl. (Rentner = R)
 Kostenträger: _____ *(wenn berufstätig oder arbeitslos) Beruf: _____
 Verfahrensart: _____
1=IV 2=AHB, 3=Eilverfahren 1=stationär
 4=Krhs.-Beh., 5=Gutachten 2=teilstationär
 6=Nur Schulung, 7=Andere 3=ambulant

Kooperationsfähigkeit (IQ-Sprache): _____ Motivation: _____
1=schlecht, 2=fraglich, 3=gut
 8=keine Aussage möglich

**Nachfolgend sind mögliche Ziele für die Rehabilitation aufgelistet:
 Kreuzen Sie höchstens 5 Ziele an! (jedoch mindestens 1)**

	sehr wichtig	
Vervollständigung der Diagnostik (somat., funkt., psycho-soz.)	<input type="checkbox"/>	zvd
Verbesserung der Krankheitsinformation	<input type="checkbox"/>	zki
Verbesserung von Beschwerden	<input type="checkbox"/>	zbb
Gewichtsnormalisierung (Zu-/Abnahme)	<input type="checkbox"/>	zgn
Verbesserung von Risikoverhalten, Verminderung von Abhängigkeitsproblematik	<input type="checkbox"/>	zrv
Verbesserung des krankheitsangemessenen Verhaltens	<input type="checkbox"/>	zkv
Verbesserung körperlicher Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	zif
Verbesserung von vitaler Erschöpfung/Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	zve
Verminderung von Depressionen und Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	zda
Verbesserung von Krankheitsbewältigung	<input type="checkbox"/>	zkb
Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle/Hilfsmittelbenutzung	<input type="checkbox"/>	zsk
Verbesserung der Alltagsaktivitäten (Haushalt/Freizeit)	<input type="checkbox"/>	zaa
Verbesserung berufliche Integration	<input type="checkbox"/>	zbi
Verbesserung soziale Integration/Kompetenz	<input type="checkbox"/>	zsi
Therapieoptimierung	<input type="checkbox"/>	zto
Verminderung von Therapiefolgestörungen	<input type="checkbox"/>	zif
Sozialmedizinische Begutachtung (BU, EU?)	<input type="checkbox"/>	zsb

Problemgebiete:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Basisblatt (B) | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz (A) | <input type="checkbox"/> Diabetes (D) |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie (G) | <input type="checkbox"/> Tumor (T) | <input type="checkbox"/> Ess-Störungen / Adipositas (E) |



Diabetes, Arzt Aufnahme

Nachname: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____ Geschlecht: _____
 Aufn.-Datum: _____ Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer:
 _____ 2 _____
 Aufnahmeummer:

Problembereiche bei Aufnahme:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> akute Hypo | <input type="checkbox"/> akute Ketoazidose |
| <input type="checkbox"/> rez. Hypos | <input type="checkbox"/> chron. Hyperglykämie |
| <input type="checkbox"/> stark schwankende Werte | <input type="checkbox"/> diabetischer Fuß |
| <input type="checkbox"/> Diabetesexazerbation unter Zweiterkrankung | <input type="checkbox"/> Steroidtherapie |
| <input type="checkbox"/> Pumpenneueinstellung | <input type="checkbox"/> Ersts Schulung |
| <input type="checkbox"/> ambulante Schulung versagt | <input type="checkbox"/> Manifestation |
| <input type="checkbox"/> Psychische Probleme | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Aufnahme wegen Folgeerkrankung des Diabetes | |

Andere Gründe:

Jahr der Diagnose Diabetes mellitus: _____

Diabetes-Typ:

- 1 Typ 1 2 Typ 2 3 Pankreopriv 4 Sonstiges/unklar

Anzahl bisheriger strukturierter Schulungen: _____

Derzeitige Behandlung:

Diät:

- 0 keine 1 ja 2 unklar

Orale Antidiabetika:

- 0 keine 1 Metformin 2 Sulfonylharnstoffe
 3 Glinide 4 alpha-Glucosidase-Hemmer 5 Glitazone
 6 andere 7 Kombinationen

Insulin: Insulin, erstmals im Jahr: _____

Insulin-Injektionen / Tag: _____

Insulindosis / Tag: _____

Selbständige Dosisanpassung

Insulinpumpe

Analog-Insulin:

- 0 nein 1 kurz wirkend
 2 lang wirkend 3 beides
 4 unklar

aha aak
 arh ach
 asw adf
 adz ast
 apn aes
 asv amf
 app ass
 afe
 aag

ja

dt

bs

bb

oad

inj

int

ido

ind

inp

ian



Diabetes, Arzt Aufnahme

Nachname: _____	
Vorname: _____	
Geb.-Datum: _____	Geschlecht: _____
Aufn.-Datum: _____	Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer:

_____ 2 _____

Aufnahmenummer:

Bekannte Folge- und Begleitkrankheiten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hypertonus | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Dyslipidämie |
| <input type="checkbox"/> Nephropathie | <input type="checkbox"/> Neuropathie |
| <input type="checkbox"/> periphere AVK | <input type="checkbox"/> Retinopathie |
| <input type="checkbox"/> zentrale AVK | <input type="checkbox"/> erektile Dysfunktion |
| <input type="checkbox"/> diabetischer Fuß | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

fht fhi

fkh fdl

fnp fne

fav frp

fca fed

fdf fgr

fdy fso

Antihypertensiva:

- 0 keine 1 1 2 2 3 3 4 mehr

aah



Gastroenterologie, Arzt Aufnahme

Nachname: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____ Geschlecht: _____
 Aufn.-Datum: _____ Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer:

_____ 2 _____

Aufnahmenummer:

Operationen am Magen-Darm-Trakt:

Oesophagus	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	8 <input type="checkbox"/> unklar
Magen/Duodenum	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	8 <input type="checkbox"/> unklar
Lebertransplantation	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	8 <input type="checkbox"/> unklar
Stunt-OP/TIPS	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	8 <input type="checkbox"/> unklar
Pankreas-OP mit Duodenalpassage	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	8 <input type="checkbox"/> unklar
Pankreas-OP ohne Duodenalpassage	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	8 <input type="checkbox"/> unklar
Dünndarm	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	8 <input type="checkbox"/> unklar
Dickdarm	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	8 <input type="checkbox"/> unklar
Rektum	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	8 <input type="checkbox"/> unklar
Proktologische /peranale Eingriffe	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	8 <input type="checkbox"/> unklar
Andere (Biliodigestive Anastomose, Cholezystektomie u.a).	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja	8 <input type="checkbox"/> unklar

Wann erfolgte die letzte OP? _____

Anus praeter

0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Dünndarm passager	3 <input type="checkbox"/> Dünndarm permanent
	4 <input type="checkbox"/> Dickdarm passager	5 <input type="checkbox"/> Dickdarm permanent

oeo
omd
olt
ost
opm
opo
odd
ocd
ord
opa
oan
oj
oap
vpe
vul
val
vsf
vcp
vrd
vmc
veu
vkd
vfi
vik
vob

Den Gastrointestinaltrakt betreffende Vorerkrankungen:

Peptische Erkrankung	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert
Virusindizierte Lebererkrankung	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert
Alkoholindizierte Lebererkrankung	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert
Sonstige Lebererkrankungen (Autoimmun, chologen, metabol.)	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert
Chronische Pankreatitis	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert
Reizdarm-Syndrom	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert
Morbus Crohn	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert
Colitis ulcerosa	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert
Kurzdarm-Syndrom	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert
Laktoseintoleranz	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert
Inkontinenz	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert
Obstipation	0 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> Verdacht	3 <input type="checkbox"/> gesichert



Gastroenterologie, Arzt Aufnahme

Nachname: _____	
Vorname: _____	
Geb.-Datum: _____	Geschlecht: _____
Aufn.-Datum: _____	Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer:

_____ 2 _____

Aufnahmenummer:

Bei CED:

Befindet sich der Patient in klinischer Remission?

0 nein 1 ja 2 unsicher

ced

Patient hält Alkoholkonsum für ein Problem:

0 nein 1 früher 2 aktuell 3 unklar

ap

Team hält Alkoholkonsum des Patienten für ein Problem:

0 nein 1 früher 2 aktuell 3 unklar

at

Hinweis Dritter für ein Alkoholproblem des Patienten:

0 nein 1 früher 2 aktuell 3 unklar

ad



Tumor, Arzt Aufnahme

Nachname: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____ Geschlecht: _____
 Aufn.-Datum: _____ Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer:
 _____ 2 _____
 Aufnahmeummer:

TNM-Klassifikation: T: _____ N: _____ M: _____ G: _____

Erstklassifikation, bzw. wenn vorhanden
 p-Klassifikation nach der OP (S=S)

t1 n1 m1 g1
 tre

Tumorrest (nach Primärtherapie): R: _____

0=kein Rest
 1=histologisch Rest
 2=makroskopisch Rest
 8=unbekannt/unklar

t2 n2 m2

TNM-Klassifikation: T: _____ N: _____ M: _____

aktuelle Klassifikation bei
 Aufnahme in Reha
 (nur ausfüllen, falls abweichend
 von Erstklassifikation)

Vorbehandlung:

(Nur genau ein Kreuz setzen!)

- 1 Organteilresektion
- 2 Organresektion
- 3 Organgrenzen überschreitende Resektion
- 4 Palliativeingriff *
- 5 nicht operiert
- 8 nicht bekannt / unklar

vb

*) (explorativ, keine Resektion z.B. Entlastung, Drainage)

Zweiteingriff:

(Nur genau ein Kreuz setzen!)

- 0 nein
- 1 wegen Rezidiv/Metastase
- 2 wegen sonstiger Folgeprobleme **
- 8 nicht bekannt / unklar

ze

**) (z.B. wegen Abszeß, Narbenhernie, Blutung, Ileus, Anastomoseninsuffizienz)

Nicht-Operative-Therapie:

- 0 nein
- 1 ja, noch laufend
- 2 ja, bereits abgeschlossen

not

Wenn ja, welche der folgenden Therapien werden/wurden durchgeführt?

- Strahlentherapie
- Chemotherapie
- Antikörpertherapie
- Hormontherapie
- Alternativtherapie (z.B. Mistel) oder Immuntherapie (z.B. Interferon)
- Sonstiges

st

ct

ak

ht

at

so



Tumor, Arzt Aufnahme

Nachname: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____ Geschlecht: _____
 Aufn.-Datum: _____ Zimmer-Nr.: _____

Institutsnummer:
 _____ 2 _____
 Aufnahmeummer:

Relevanter Tumormarker:

bei OP:

0 normal 1 erhöht 8 nicht bekannt

tmo

im Verlauf bis Reha:

0 gleichbleibend 1 Grauzone 2 angestiegen 3 abgefallen 8 nicht bekannt

tmv

Behandlungsintention zu Rehabeginn:

0 kurativ 1 palliativ 8 nicht bekannt

bia

Aufklärung des Patienten:

0 nicht 1 teilweise * 2 umfassend 8 unklar

auf

**) (über Grunderkrankung aufgeklärt, aber nicht adäquat über Tumorrest/Prognose)*

Zeit seit Diagnosestellung in Monaten:

_____ Monate

mod

Beeinträchtigung der Lebensqualität:

Karnofsky-Index: _____

ki

Zeigt der Patient psychische Auffälligkeiten?

0 ja 1 nein 8 unsicher

pa