



Datum: _____

Checkliste für den behandelnden Arzt zur Einschätzung des Reha-Bedarfs - Indikationsbereich Somatik -

Name, Vorname	Geburtsdatum						
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

Reha-Indikation: zugrunde liegende Erkrankung

- Behandlungsbedürftige Erkrankung *)
- Chronifizierung (> 3 Monate), häufige Rezidive
- Behandlungsbedürftige Begleiterkrankungen (Komorbidität)
- Organschäden vorhanden

Funktionseinschränkungen

- Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Funktionseinschränkungen/Schwierigkeiten in Bezug auf die berufliche Tätigkeit

Abgeschlossene fachärztliche Diagnostik

Psychische Begleiterkrankungen

- Auswirkung der Grunderkrankung auf die psychische Lage
- Depressivität, Angststörung
- Vitale Erschöpfung, funktionelle Beschwerden
- Katastrophisierende Schilderungen des Patienten

Beeinflussbare Risikofaktoren

- (Nikotin, Alkohol, Bewegungsmangel, Adipositas, Fettstoffwechselstörungen)

Motivation und Krankheitsbewältigung

- Motivation zur Mitwirkung vorhanden
- Motivation zur Lebensstiländerung erkennbar
- Krankheitsbewältigungsstrategien nicht ausreichend/nicht adäquat

Therapie

- Ambulante Therapie bereits eingeleitet, aber nicht ausreichend
- Positives Veränderungspotenzial durch Intensivierung
- Mehrere Therapieformen/Berufsgruppen erforderlich, hoher Schulungsbedarf
- Ausreichende Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort nicht vorhanden
- Therapieungünstige Arbeitszeiten

Ungünstige Einflüsse in Arbeit, Beruf und Alltag

- Erhebliche biomechanische Belastung (Einseitige Belastung, Zwangshaltung etc.)
- Erhebliche äußere Belastungen (Nässe, Stäube, Dämpfe etc.)
- Psychische Belastung/Stress

Arbeitsunfähigkeit

- Aktuelle oder drohende AU
- Lange oder wiederholte AU in den letzten zwei Jahren

Weitere Kriterien für eine medizinische Reha: _____

Sonstige Bemerkungen zum Patienten: _____

Reha notwendig und Erfolg versprechend Reha fraglich keine Reha