

MEDIZINISCHER AUFNAHMEBOGEN Stiftung Kurtherme Bادهospiz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben von Ihrer Versicherung ein Heilverfahren bei Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bei uns in der Stiftung Kurtherme bewilligt bekommen.

Um uns bestmöglichst auf Ihr Kommen vorbereiten zu können, ersuchen wir Sie, die nachstehenden Fragen zu beantworten und den Fragebogen **innerhalb von 7 Tagen an uns zurück zu senden.**

Es wird ein Informations-, Motivations- und Therapieprogramm vorbereitet, welches zu Ihrem Belastungs- und Beschwerdebild passt. Wir hoffen, dass dieses eine Besserung Ihrer Gesundheit sowie Ihres Lebensstils ermöglicht.

Ihre Antworten sind nur dem medizinischen Personal der Gesundheitseinrichtung zugänglich.

Bitte achten Sie darauf, dass der auf der letzten Seite angeführte Adressblock in einem Rücksendekuvert sichtbar ist.

Wir bitten Sie zur Kenntnis zu nehmen, dass die endgültige Therapiezuweisung erst nach der Anfangsuntersuchung durch Ihre betreuende Ärztin / Ihren betreuenden Arzt bei uns erfolgen wird. Bei der Therapiezuweisung werden die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung sowie Ihre Angaben auf diesem Fragebogen berücksichtigt.

Name: _____

Versicherungsnummer: _____

Aufenthalt bewilligt durch: PVA BVAEB SVS ÖGK
 SONSTIGE Privater Aufenthalt

Haben Sie grundsätzlich Interesse, sich im Rahmen des Aufenthaltes verstärkt mit dem Thema "Psychische Gesundheit" auseinanderzusetzen?

JA

NEIN

**Welche der folgenden Beschreibungen trifft am ehesten auf Sie zu?
Was erwarten Sie von dem Aufenthalt?**

- Ich bewege mich gerne und betreibe regelmäßig Sport. Von dem Aufenthalt erwarte ich mir Anregungen zur Verbesserung.
- Ich bewege mich nicht so gerne. Sport betreibe ich selten, unregelmäßig oder gar nicht. Von dem Aufenthalt erwarte ich mir Unterstützung dabei, Freude an Bewegung zu finden.
- Ich fühle mich in Beruf und/oder Privatleben psychisch belastet. Ich bin müde, abgeschlagen und kann mich zu zusätzlichen Betätigungen außerhalb des Alltags nicht aufraffen. Von dem Aufenthalt erwarte ich mir Unterstützung dabei, wie ich damit in Zukunft besser umgehen kann.

Sind Sie berufstätig?

- Ja, seit: _____
- erlernter Beruf: _____
- dzt. ausgeübter Beruf: _____
- im Krankenstand seit: _____
- arbeitslos seit: _____
- Reh-Geld-Bezug seit: _____

Beziehen Sie eine Pension?

- Ja, seit: _____
- zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Ihre Größe? _____ cm

Ihr Gewicht? _____ kg

Welche schweren Krankheiten gibt oder gab es in Ihrer Familie?

Welche schweren Erkrankungen hatten Sie früher oder haben Sie noch immer? (wann?/ seit wann? (bitte mit JAHRESANGABE))

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gelenkentzündung | <input type="checkbox"/> Nierenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Nierensteine |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie/Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Bluter-Krankheit (Hämophilie) | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose/Osteopenie | | |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen (z.B. PAVK, Morbus Raynaud, Thrombose, Lungenembolie) | | |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Harnwegsinfekte / Blasenentzündungen / Scheidenpilzinfektionen | | |
| <input type="checkbox"/> chronische entzündliche Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn) | | |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme, Fußpilz, Melanom, Basaliom) | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |

Welche schweren Operationen und Unfälle hatten Sie früher? (bitte mit JAHRESANGABE)

- | | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzklappe | <input type="checkbox"/> Knochenbruch | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Herz: Stent/Bypass | Region _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Halsschlagader | <input type="checkbox"/> Hüftgelenk | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Beinarterien | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Meniscus | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Mandeln | <input type="checkbox"/> Kniegelenk | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darm | <input type="checkbox"/> Sprunggelenk | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Leistenbruch | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Blinddarm | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Brust | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologisch | <input type="checkbox"/> sonstige schwere Verletzungen mit Region | | |
| <input type="checkbox"/> Prostata | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> künstlicher Ausgang (Darm, Harnblase) | _____ | | |

Haben Sie Metallimplantate im Körper? (z.B. künstliche Gelenke, Nägel, Platten, Schrauben, Stents, Kupferspirale)

JA, seit _____ NEIN Weiß ich nicht

Haben Sie elektronische Geräte im Körper? (z.B. Insulinpumpe, Schrittmacher, Defibrillator, Loop-Recorder)

JA, seit _____ NEIN Weiß ich nicht

Sind Sie zuckerkrank?

JA, seit _____ NEIN Weiß ich nicht

Leiden Sie an Bluthochdruck?

JA, seit _____ NEIN Weiß ich nicht

Haben Sie hohe Blutfette bzw. ein hohes Cholesterin?

JA, seit _____ NEIN Weiß ich nicht

Haben Sie hohe Harnsäure (Gicht)?

JA, seit _____ NEIN Weiß ich nicht

Müssen Sie Diät halten?

(z.B. wegen Laktose-, Histamin-, Fruktose-, Gluten-, Sorbit-Unverträglichkeit, Zuckerkrankheit, erhöhtem Cholesterin, erhöhter Harnsäure, etc)

JA, seit _____ NEIN Weiß nicht

Rauchen Sie?

JA, seit: _____ was? _____ wieviel Täglich? _____
Anzahl der Entwöhnungsversuche: _____ Unterstützung durch? _____

NEIN - nie geraucht Nein - nicht mehr seit? _____

Tägliche Trinkmenge? (durchschnittlich) _____ Liter

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> täglich |
| <input type="checkbox"/> 1-2-x/Woche | <input type="checkbox"/> 1x/Monat |
| <input type="checkbox"/> 3-6x/Woche | <input type="checkbox"/> mehrmals im Monat |

Wenn Ja, was und wieviel: _____

Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie aus? _____

Wie oft (gesamt/Woche)? _____

Wie lange (gesamt/Woche)? _____ Stunden

Welche Hobbies haben Sie?

Angst/Niedergeschlagenheit

Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert

Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert

Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen, bei normaler körperlicher Belastung, zu Hause oder im Beruf Schwierigkeiten?

	JA	NEIN
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

Wie war Ihr Befinden / oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen gefühlt

BEFINDEN	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a. voller Schwung	1	2	3	4	5	6
b. voller Energie	1	2	3	4	5	6
c. glücklich	1	2	3	4	5	6
d. ruhig und gelassen	1	2	3	4	5	6
e. müde	1	2	3	4	5	6
f. erschöpft	1	2	3	4	5	6
g. entmutigt und traurig	1	2	3	4	5	6
h. sehr nervös	1	2	3	4	5	6
i. so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte	1	2	3	4	5	6

Stiftung Kurtherme Badehospiz
Badbergstraße 1
5640 Bad Gastein

Bitte senden Sie den Aufnahmebogen, innerhalb von sieben Tagen, an die Stiftung Kurtherme ausgefüllt und unterschrieben zurück.