

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen ihn bei Ihrer Anreise mit Ihren schriftlichen Röntgenbefunden, Arztbefunden und Medikamenten zur Anfangsuntersuchung mit.



ANAMNESEBOGEN FÜR DIE KURÄRZTLICHE AUFNAHMEUNTERSUCHUNG
(verbleibt beim Arzt)

VORNAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NACHNAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFONNUMMER-MOBIL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BERUF (dzt. bzw. vor der Pensionierung):

VORKUREN:

FAMILIENERKRANKUNGEN (z.B. Herz, Diabetes, Krebs, rheumatische Erkrankungen) Eltern / Geschwister:

ERKRANKUNGEN, OPERATIONEN, UNFÄLLE, KRANKENHAUSAUFENTHALTE
bisher, bzw. seit der letzten Kur im Badehospiz. Wenn ja, welche und wann?

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN (Medikamentenliste ausfüllen und Medikamente mitbringen)

Name des Medikaments und Dosierung	wie oft ?	morgens	mittags	abends

BITTE WENDEN! BITTE WENDEN! BITTE WENDEN! BITTE WENDEN!

LEIDEN SIE AN ALLERGIEN? Wenn ja, welche?

Ich rauche: ja Stück Nichtraucher seit..... niemals
Ich trinke Alkohol: regelmäßig mäßig gelegentlich niemals keine Angabe
Ich schlafe: gut schlecht unterschiedlich
STUHLPROBLEME : ja welche: _____ nein
HARNPROBLEME/ HARNINKONTINENZ ja welche: _____ nein
HABEN SIE METALLE (Schrauben, Platten, Gelenkersatz, Spirale) IM KÖRPER? nein ja
Ja – wo

HABEN SIE EINEN HERZSCHRITTMACHER? nein ja
HABEN SIE ATEMNOT BEIM STIEGENSTEIGEN? nein ja
VERTRAGEN SIE WÄRME GUT? nein ja
HABEN SIE PROBLEME MIT PLATZANGST? nein ja

FRAGEN ZUM LEBENSSTIL:

machen Sie dzt. Bewegung zum Ausgleich nein 1-3x pro Woche 4-7x pro Woche
machen Sie für die Gesundheit Gymnastik keine fallweise regelmäßig

LETZTE GESUNDENUNTERSUCHUNG / Blutlaborunters.: _____

LETZTE KNOCHENDICHTEMESSUNG: _____

bei Frauen: LETZTE GYN. UNTERSUCHUNG: _____
LETZTE MAMMOGRAPHIE: _____

Bei Männern: LETZTE UROLOGISCHE UNTERSUCHUNG: _____

WELCHE BESCHWERDEN HABEN SIE DERZEIT, bisherige Behandlungen?

WIE STARK SIND IHRE SCHMERZEN? VAS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(0 = keine Schmerzen, 10 = sehr starke Schmerzen)

ICH ERKLÄRE MICH DAMIT EINVERSTANDEN, DASS DER ÄRZTLICHE ENTLASSUNGS-BEFUND
AUCH AN DEN EINWEISENDEN ARZT GESENDET WIRD nein ja

Datum: _____ UNTERSCHRIFT: _____

Nur für interne Zwecke. Bitte nicht ausfüllen!

Vom Labor auszufüllen:	Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg	BMI: _____
	RR: _____	HF: _____	

kontrolliert: _____ freigegeben: _____