

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn mit der Einverständniserklärung und Datenschutzerklärung an uns zurück. Schriftliche Röntgen- und Arztbefunde sowie Ihre Medikamente bringen Sie bitte zur Anfangsuntersuchung mit.



## ANAMNESEBOGEN FÜR DIE KURÄRZTLICHE AUFNAHMEUNTERSUCHUNG

(verbleibt beim Arzt)

VORNAME

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

SV-NUMMMER - Geb. Datum TT - MM - JJ

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

NACHNAME

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

Familienstand

ledig verheiratet geschieden verwitwet

Geschlecht .

männl. weibl.

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TELEFONNUMMER-MOBIL

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

TELEFONNUMMER IM NOTFALL

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

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!**

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten von Medikamenten, Nahrungsmitteln, Sonstigem? 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, Gelenksersatz, 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 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: \_\_\_\_\_