

Spessart-Klinik Bad Orb

Formular 1: Ärztlicher Fragebogen

Sehr geehrter Gast,

in Kürze werden wir Sie bei uns begrüßen dürfen. Um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vorab in Ruhe auszufüllen und ihn **vor Ihrer Anreise zurückzusenden**.

Für Sie und uns wäre es von besonderem Nutzen, wenn Sie von Ihrem Hausarzt **zusätzliche Berichte und Befunde** (Krankenhausentlassungsberichte, Röntgen- und EKG-Befunde u.ä.) mitbringen würden. Sofern Sie noch kein Altersrentner sind, nehmen bitte einen **beruflichen Lebenslauf** mit.

Aufnahmenummer: _____

Anreisedatum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Telefonnummer (optional): _____

E-Mail-Adresse: _____

Name der Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Gesetzliche Betreuung: ja (bitte Kopie des Ausweises beifügen) nein

A Ihr/e nächste/r Angehörig/e:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

B Ihr/e nächste/r Angehörig/e:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Spessart-Klinik Bad Orb

Formular 1: Ärztlicher Fragebogen

1. Haben oder hatten Ihre Eltern, Großeltern oder Geschwister

- | | | | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| a. | hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| b. | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| c. | Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| d. | Erbleiden | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| e. | Asthma | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| f. | Übergewicht/Adipositas | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

2. Hatten Sie selbst Operationen in der Vergangenheit? Falls ja, wann und welche?

3. Hatten Sie selbst Unfälle in der Vergangenheit? Falls ja, wann und welche?

4. Besteht/bestehen bei Ihnen

- | | | | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------|
| a. | hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | ja, seit _____ | <input type="checkbox"/> | nein |
| b. | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | ja, seit _____ | <input type="checkbox"/> | nein |
| c. | Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja, seit _____ | <input type="checkbox"/> | nein |
| d. | Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | ja; wann _____ | <input type="checkbox"/> | nein |
| e. | Übergewicht/Adipositas | <input type="checkbox"/> | ja, seit _____ | <input type="checkbox"/> | nein |
| f. | Allergien | <input type="checkbox"/> | ja; welche _____ | <input type="checkbox"/> | nein |
| g. | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | ja; wann _____ | <input type="checkbox"/> | nein |
| h. | Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja; wann _____ | <input type="checkbox"/> | nein |
| i. | psych. Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja; welche _____ | <input type="checkbox"/> | nein |
| j. | infektiöse Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja; welche _____ | <input type="checkbox"/> | nein |
| k. | neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja; welche _____ | <input type="checkbox"/> | nein |

5. Wegen welcher Krankheit(en)/Erkrankung(en) kommen Sie zu uns?

6. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Dosis und Anzahl eintragen.

Name des Medikaments mit Dosisangabe (mg)	morgens	mittags	abends

Spessart-Klinik Bad Orb

Formular 1: Ärztlicher Fragebogen

Schlaf-/Abführmittel?

ja; welche _____

nein

7. Wie ist Ihr Ess-/Ernährungsverhalten?

8. Wie viele Reha-Maßnahmen haben Sie bisher durchgeführt?

9. Sind Sie zurzeit

- a. arbeitsunfähig ja, seit _____ nein
- b. arbeitslos ja, seit _____ nein
- c. in Altersrente ja, seit _____ nein
- d. in Erwerbsminderungsrente ja; seit _____ nein

- e. Schulbildung/-Abschluss welchen _____
- f. erlernter Beruf welchen _____
- g. jetzige Tätigkeit welche _____
- h. Grad der (Schwer-) Behinderung/Merkzeichen welche _____
- i. Minderung der Erwerbsfähigkeit welche _____

10. Sind Sie

- a. verheiratet
- b. geschieden
- c. verwitwet
- d. ledig

Leben Sie in einer Partnerschaft? ja nein

Haben Sie Kinder? ja, wie viele _____ nein
...davon noch im Haushalt _____

11. Was erwarten Sie von Ihrem Heilverfahren?

Spessart-Klinik Bad Orb

Formular 1: Ärztlicher Fragebogen

Anreiseinformationen

Wie reisen Sie an?

- a. mit den öffentlichen Verkehrsmitteln
- b. mit dem PKW

Zimmerzuordnung

Für Ihre Zimmerzuordnung bitten wir Sie um folgende Angaben:

Körpergröße: cm

Gewicht: . kg

Hausstaub-/Milbenallergie ja nein

Sind Sie in Ihrer Mobilität eingeschränkt?

- ja, gehbehindert
- ja; Gehhilfe angewiesen
- ja; Rollstuhl angewiesen
- nein

Haben Sie erhebliche Einschränkungen

- a. im Hörvermögen? ja nein
- b. im Sehvermögen? ja nein

Durch welche Person/Institution sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

