

Anamnesebogen

Bitte gut lesbar ausfüllen und an uns zurücksenden!

Dieses Feld bitte freihalten, wird vom Arzt ausgefüllt

Angaben zur Person

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Name: _____ | Titel: _____ | |
| Vorname: _____ | Geburtsdatum: _____ | |
| Straße: _____ | Tel.: _____ | |
| Plz, Ort: _____ | E-Mail: _____ | |
| Familienstand: _____ | Kinder: _____ | ausgeübter Beruf: _____ |
| Name und Tel.-Nr. des nächsten Angehörigen: _____ | | |
| Kostenübernahme: <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> ambulante Badekur <input type="checkbox"/> Beihilfe | | |
| Name & Anschrift Ihres Hausarztes: _____ | Name & Anschrift des zuweisenden Arztes/Therapeuten: _____ | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |

Was führt Sie zu uns?

Hauptbeschwerden/ Diagnosen / psychische Erkrankungen/ seelische Beschwerden – seit wann:

Durchgeführte OP's, wann?:

Was möchten Sie erreichen (Ziele Ihres Aufenthaltes)?

Warum kommen Sie in unsere Klinik?

- zum Fasten um Gewicht zu reduzieren zur Lebensstiländerung zur Prophylaxe
 um meine Beschwerden zu verbessern aus spirituellen Gründen

Fastenerfahrung:

- Ja, in der Weckbecker-Klinik ____ Mal, wo sonst? _____, ____ Mal noch keine

Medikamente (mit Angabe von Stärke und Dosis, z.B. Aspirin 100mg, 2x1):

Blutverdünner (Marcumar, Xarelto, etc.): _____ Dosis: _____

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie z. Zt. einnehmen. Möglichst in genauer Dosierung (auch Antidiabetika/ Insulin, Psychopharmaka, pflanzliche Mittel, homöopathische Mittel, Vitamine, Mineralstoffe usw.)

Sollten Sie mehr Platz benötigen, fügen Sie bitte ein Extrablatt bei! Bitte bringen Sie Ihren aktuellen Medikationsplan und Ihren Medikamentenbedarf für die geplante Dauer des Aufenthaltes mit!

Sind Sie in eine Pflegestufe eingeteilt, ist eine Einstufung beantragt, ggf. in welche? _____

Benötigen Sie Hilfsmittel? Rollator Gehhilfe Rollstuhl

Vegetative Anamnese/ Vorsorge

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Wurde eine Darmspiegelung durchgeführt? Ja, wann? _____ (bitte Befund mitbringen) Nein

Ernährung: Mischkost vegetarisch ovo-lakto-vegetabil vegan

Risikofaktoren

Besteht oder bestand bei Ihnen eine Essstörung? Ja Nein

Bestehen anderweitige Süchte (Wenn ja, welche)? _____

Alkoholkonsum, wieviel pro Tag? _____ Nikotinkonsum, wieviel pro Tag? _____

Lebensmittelallergien/ Unverträglichkeiten (ggf. welche)?*

*Sie erhalten zu Aufenthaltsbeginn ein kostenfreies Beratungsgespräch mit unseren Ernährungsexperten bzgl. der möglichen Klinikverpflegung. Eine individuelle Diät, ausgerichtet an Ihren Allergien/Unverträglichkeiten, kann mit einem Aufschlag von 15,- €/Tag zugebucht werden.

Weitere Allergien/ Unverträglichkeiten wie z.B. Medikamente, Schimmelpilze, Tierhaare (ggf. welche)?

Familiäre Risikofaktoren:

- Übergewicht Nikotinkonsum Diabetes Mellitus Bluthochdruck/ Folgekrankheiten
 Krebs Erbkrankheiten Psychische Erkrankung Andere

Was wir noch wissen müssen

Geplanter Beginn Ihres Aufenthaltes: _____ Geplante Dauer Ihres Aufenthaltes: _____

Bitte bringen Sie aktuelle Arztbefunde mit (Labor, Entlassungsbriefe, Facharztbefunde, Röntgenbefunde).