

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"/> Beihilfe			
Name und Anschrift Ihres Hausarztes:		Name und Anschrift der Krankenkasse:	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

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 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? _____

Familiäre Risikofaktoren:

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

Allergien/ Unverträglichkeiten (ggf. welche)?

Was wir noch wissen müssen

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

Wir benötigen von Ihnen:

1. Facharztbefunde:

Bitte bringen Sie zu den vorliegenden Diagnosen Facharzt- und zugehörige Laborbefunde mit.

Planen Sie einen Fastenaufenthalt in unserem Haus, benötigen wir außerdem:

- 2. Aktuelle Laborwerte:** Natrium (Na), Kalium (K), Calcium (Ca), Kreatin (Krea), Harnsäure (Hs). Diese können zu Beginn des Aufenthaltes in unserer Klinik bestimmt werden.
3. EKG (ab 60. Lebensjahr).

Wir danken Ihnen für das sorgfältige Ausfüllen dieses Anamnesebogens, der unseren Ärzten und Therapeuten die Planung und Durchführung Ihrer Behandlung wesentlich erleichtert. Dadurch kann Ihnen und Ihrer Behandlung mehr Zeit gewidmet werden! **Der Fragebogen ersetzt jedoch nicht das ärztliche Gespräch!**