

## 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

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 Werte **müssen** zu Beginn einer geplanten Fastenbehandlung vorliegen und **dürfen nicht älter als zehn Tage sein**. Bei Anreise ohne Laborwerte können die Werte auch hier erhoben werden (gegen Berechnung).
- 3. EKG** (ab 60. Lebensjahr).

**Einwilligungserklärung für Patientinnen und Patienten der Malteser Klinik Dr. von Weckbecker gGmbH gem. §§ 6 Abs. 1 lit. b), 11 Abs. 2 lit. a) KDR-OG, Entbindung von der Schweigepflicht gem. § 203 StGB:**

Hiermit willige ich (Vor- und Zuname): \_\_\_\_\_

darin ein, dass die Malteser-Klinik Dr. von Weckbecker gGmbH im Rahmen meiner dort durchgeführten Behandlung nachfolgend genannten Empfängern personenbezogene Daten weiterleiten darf. Ich erteile hiermit auch den mich behandelnden Ärzten und den in die Behandlung eingebundenen Mitarbeitern der Malteser Klinik Dr. von Weckbecker gGmbH die für die Weitergabe der Daten an die genannten Empfänger erforderliche Entbindung von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht für die Dauer meiner Behandlung. Die Empfänger sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Laborgemeinschaft Bad Brückenau, Bahnhofstraße 16, 97769 Bad Brückenau, vertr. d. d. Dres. Janos Marki Zay und Bernhard Steinbrückner. Im Rahmen einer für die Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlichen Untersuchung von Labormaterial werden Vor- und Nachnamen, ggfs. die Krankenversicherungsnummer und das Ergebnis der Laboruntersuchung verarbeitet.

GanzImmun Diagnostics AG, Hans-Böckler-Str. 109, 55128 Mainz, vertreten durch den Vorstand Dr. Rolf Kikamm: Vor- und Nachnamen, ggfs. die Krankenversicherungsnummer und das Ergebnis der Laboruntersuchung.

Ludwigsapotheke, Ludwigstr. 40, 97769 Bad-Brückenau, Inh.: David Baer e.K.. Die Apotheke wird im Rahmen der Rezepteinlösung Vor- und Zunamen, Anschrift, ggfs. die Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum und das oder die verordneten Medikamente verarbeiten.

Abrechnungen von Heilmitteln nach der Heilmittelverordnung erfolgen über die Fa. Noventi HealthCare GmbH, Einsteinring 41- 43, 85609 Aschheim. In diesem Fall werden Vor- und Zuname, Anschrift, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum und Diagnose verarbeitet.

Bei Genehmigung einer amb. Vorsorgeleistung mit Kurarztschein werden Vor- und Zunamen, die Anschrift, die Krankenversicherungsnummer und das Geburtsdatum zur Verarbeitung an die behandelnden Badeärzte vor Ort weitergegeben

Gemeinschaftspraxis Dr. med Jürgen Kleinhenz, Dr. med. Christina Wirth, Heinrich-von-Bibra-Straße 25, Elisabethenhof, 97769 Bad Brückenau; Praxis Wildenauer, Dr. Cosmas Wildenauer, Kapellengasse 1, 97769 Bad Brückenau; Praxis Dr. Helge Zimmermann, Altstadt 1 a, 97769 Bad Brückenau. Diese erheben die für die Behandlung relevanten personenbezogenen Daten unmittelbar. Sie erhalten aber von der von Weckbecker Klinik gGmbH Vor- und Zunamen im Falle einer über die Klinik durchgeführten Terminvereinbarung weiter.

---

---

---

---

---

---

---

---

Diese von mir freiwillig erteilte Einwilligung bzw. Entbindung von der Schweigepflicht kann ich jederzeit ohne Nennung von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Die Malteser Klinik Dr. von Weckbecker gGmbH wird die Daten dann nicht mehr weitergeben. Meinen Widerruf richte ich an:

Malteser Klinik Dr. von Weckbecker gGmbH, Rupprechtstr. 20, 97769 Bad Brückenau,  
Telefax: 09741-83-113; email: datenschutz.weckbecker@malteser.org

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang der Widerrufserklärung die Daten sowohl bei der Malteser Klinik Dr. von Weckbecker gGmbH als auch bei Dritten gelöscht, sofern keine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung besteht an.

Ort/Datum:

Unterschrift:

---

---