



**AM/COGL**  
St. Georgen

VORSORGE.GESUNDHEIT.REHABILITATION

# Gesundheitsfragebogen

Bitte nehmen Sie diesen Fragebogen genau ausgefüllt, gemeinsam mit Ihren Befunden und Röntgenbildern (falls vorhanden) zu Ihrem Kur- bzw. Rehabilitationsaufenthalt mit!

Bitte in Blockschrift ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

Nachname:	Vorname:	Telefonnummer: (Handy & Festnetz)
Name und Anschrift Ihres nächsten Angehörigen:		Telefonnummer: (Handy & Festnetz)
Name und Anschrift der Praxis Ihres Hausarztes:		
Beruf (vor Pensionierung):	Familienstand:	
Geburtsort:	Zusatzversicherung:	
PKW-Kennzeichen: (falls Sie mit dem Auto zu uns anreisen)		

- |   | Nein                     | Ja                       |             |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------|
| 1. Sind Sie rezeptgebührenbefreit?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| 2. Beziehen Sie Pflegegeld?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (Stufe:___) |
| 3. Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Wenn ja, welche? _____                      |                          |                          |             |

- 
- |  |                          |                          |                           |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 4. Benötigen Sie eine spezielle Diät?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (Befunde bitte mitnehmen) |
| 5. Hatten Sie jemals Epilepsie (Anfallsleiden)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| 6. Haben Sie eine Hauterkrankung und/oder eine offene Wunde?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| 7. Haben Sie Harn- oder Stuhlinkontinenz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| 8. Haben Sie eine Infektionskrankheit?<br>(z.B. HIV, TBC, MRSA, Hepatitis A, B, C, D, E, F, G) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |

9. Erkrankungen und Operationen: (Hypertonie, Diabetes...)

---

---

---

---

10. Familienanamnese: (d.h. schwere Erkrankungen in der engsten Familie z.B. Krebserkrankungen, Diabetes, Schlaganfälle, Herz- Kreislauferkrankungen...)

---

---

---

---

11. Nikotin (+Mengenangabe) bzw. Alkoholkonsum:

---

---

---

---

12. Hatten Sie innerhalb des letzten Jahres wegen anderer Erkrankungen einen Krankenhausaufenthalt? (Falls ja, welche?)

---

---

---

---

13. Welche Beschwerden belasten Sie derzeit am meisten?

---

---

---

---

Bitte listen Sie Ihre Medikamente hier auf:

Medikamente	Stärke/mg	Früh	Mittag	abends	spät

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!