

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:	_____
Name und Tel.-Nr. des nächsten Angehörigen:		_____	
Kostenübernahme:	☐ Selbstzahler	☐ Krankenkasse	☐ ambulante Badekur
		☐ 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

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)?

Was wir noch wissen müssen

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

Bitte bringen Sie ggf. aktuelle Arztbefunde mit.