Dr. von
WECKBECKER
Klinik für Integrative Medizin

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: ☐ Selbstzahler ☐ Krankenkasse: _____ ☐ ambulante Badekur ☐ Beihilfe

Name & Anschrift Ihres Hausarztes:

Name & Anschrift des zuweisenden Arztes/Therapeuten:

Welche Beschwerden haben Sie?

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

Durchgeführte OP´s, wann?:

Was erhoffen Sie sich von Ihrem Aufenthalt?

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 sowie Nahrungsergänzungsmittel mit Angabe von Stärke & Dosis tragen Sie bitte in den beiliegenden Medikationsplan ein.

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

Haben Sie einen Herzschrittmacher ☐ Ja ☐ Nein

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

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

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

Risikofaktoren

Besteht oder bestand bei Ihnen eine Essstörung? ☐ Ja ☐Nein

Bestehen anderweitige Süchte (Wenn ja, welche)? _____

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

Mit schriftlichen Nachweis festgestellte Lebensmittelallergien/ Unverträglichkeiten?*

☐Histamin ☐Gluten ☐Laktose ☐Fruktose ☐Andere (bitte Lebensmittel angeben)

_____

Weitere diätetische Einschränkungen oder besondere Ernährungsbedürfnisse? ☐vegane Ernährung

_____

*Bei Bedarf erhalten Sie vor ihrem Aufenthalt ein kostenfreies Gespräch zu Klinikverpflegung.
Zu berücksichtigende Allergien und Unverträglichkeiten werden mit € 15,-/Tag berechnet. Schriftlich nicht erwähnte Allergien und Unverträglichkeiten können nicht berücksichtigt werden.

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

_____

☐ Ich habe keine Allergien/Unverträglichkeiten die berücksichtigt werden müssen

Was wir noch wissen müssen

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

Bitte bringen Sie aktuelle Arztbefunde & falls vorhanden Ihren Medikamentenplan mit.

K06aF1/20102026

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!**

Medikationsplan	Vorname, Nachname: _____ Geboren am: _____ Medikationsplan erstellt am: _____	Hausärztin/Hausarzt (Vorname, Nachname): _____ Telefon: _____

Wirkstoff	**Handelsname**	**Stärke**	**Form**	**Dosis**				**Einheit**	**Hinweise**	**Grund**
				morgens	mittags	abends	zur Nacht			
Name des im Medikament enthaltenen Wirkstoffs	Name des Medikaments	Wirkstärke, z.B. 100 mg	Darreichungsform, z.B. Tablette	Hier steht die Angabe, wann Sie Ihr Medikament in welcher Dosierung einnehmen				z.B. Stück	Bei Bedarf Hinweise zum Medikament, z.B. zum Essen einnehmen	Der Anlass, warum das Medikament verordnet wurde, z.B. Schmerzen

Erstellt durch die Initiative „Medikationsplan schafft Überblick“.