

Medizinischer Fragebogen und Anmeldung zur Original-Thalasso-Kur



Der Fragebogen, den wir Sie bitten auszufüllen, ermöglicht es dem NEPTUN SPA in Zusammenarbeit mit dem Arzt die bestmöglichen Anwendungen und das richtige Behandlungsprogramm für Ihren Gesundheitszustand zusammenzustellen. Darum ist Ihre Mitarbeit nötig und wir bedanken uns ganz herzlich dafür.

Die Angaben, die Sie uns anvertrauen, stehen unter ärztlicher Schweigepflicht. Wenn Sie Fragen zur Thalasso-Kur und dem Fragebogen haben, rufen Sie uns bitte an. Die Mitarbeiter der SPA-Beratung erreichen Sie täglich von 10 bis 18 Uhr, Tel. 0381 - 777 401. Bitte senden Sie Ihren Fragebogen möglichst 10 Tage vor Anreise an unsere SPA-Beratung per Brief oder per Fax (0381 - 777 402).

NEPTUN SPA in Hotel Neptun
Seestraße 19 · 18119 Rostock-Warnemünde
Tel.: 0381 - 777 401
Beratungszeit: Täglich von 10-18 Uhr
Fax: 0381-777 402
Mail: neptunspa@hotel-neptun.de
www.hotel-neptun.de

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Größe		Gewicht
Familienstand		Kinder
Beruf		
Straße/Nr.		
PLZ/Ort		
Anreise		Abreise

Den Aufenthalt und die Thalasso-Kur werde ich allein verbringen
 ja nein, sondern zusammen mit (Name, Vorname)

.....
.....

Nennen Sie bitte Ihren Themenschwerpunkt und das persönliche Ziel Ihrer Thalasso-Kur:

.....
.....

Was möchten Sie während Ihres Aufenthaltes erreichen?

.....
.....

Was ist Ihnen dabei besonders wichtig?

.....
.....

Nennen Sie uns Ihre Wünsche zu unseren Aktiv- und Bewegungsprogrammen (Kursplan im Internet) und zur Ernährung während der Thalasso-Kur

Wählen Sie:

Wassergymnastik Klimawandern am Strand

Progressive Muskelentspannung

.....

Wählen Sie:

Frühstück und Halbpension

Reduktionskost-Vollpension
(1000 kcal pro Tag mit 3 Mahlzeiten)

Für eventuelle Rückfragen nennen Sie bitte eine Telefonnummer und Zeiten, damit wir Sie ggf. zurückrufen können. Vielen Dank!

.....
.....
.....

1. Chirurgie

Hatten Sie bereits eine Operation und/oder schwere Unfälle?

nein ja

2. Erkrankungen der Atemwege und Allergien

Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung etc.

nein ja

3. Herz- und Kreislauferkrankungen

Bluthochdruck, Rhythmusstörungen, Herzgeräusche, Herzinfarkt, Koronare Insuffizienz, angeborenen oder erworbenen Herzfehler, Embolien

nein ja

4. Venenerkrankungen

Krampfadern, Phlebitis, Thrombose

nein ja

5. Lymphatische Erkrankungen

Lymphangitis, Lymphödeme

nein ja

6. Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems

- Wirbelsäule – Hals, Brust, Lenden-WS (Skoliose, Kyphose, Arthrose, Bandscheibenschäden, Lumboischialgie, Osteoporose)
- obere und untere Extremitäten (Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Finger, Becken, Oberschenkel, Knie, Sprunggelenk, Fuß)
- Gicht, Rheuma

nein ja

7. Neurologische Erkrankungen

Meningitis, Neuritis, Lähmungen, Apoplex, Neuralgien, Migräne etc.

nein ja

8. Psychische Erkrankungen

Nervös-depressive Zustände

nein ja

9. Hauterkrankungen und Allergien

Mykosen, Herpes, Schuppenflechte, Ekzeme, Jodallergie etc.

nein ja

Medizinischer Fragebogen und Anmeldung zur Original-Thalasso-Kur

10. Augenerkrankungen

Entzündungen Augenlider, Grüner bzw. Grauer Star

nein ja

11. Erkrankungen des Hals-, Nasen- und Ohrenbereiches

Ohrenentzündung, Raucherentzündung, Schnupfen, Stirnhöhlenentzündung, Schwindel

nein ja

12. Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes

Magenentzündung, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, Dickdarmentzündung, Verstopfung, Leberentzündung, Hämorrhiden, Gallensteine

nein ja

13. Erkrankungen der Drüsen

Schilddrüse (Kropf, Über- bzw. Unterfunktion, Nebenniere, Nebenschilddrüse, Zirbeldrüse, Prostata)

nein ja

14. Gynäkologische Erkrankungen

nein ja

15. Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit, Gicht, Erhöhung des Cholesterinspiegels etc.

nein ja

16. Erkrankungen der Nieren bzw. Harnwege

Nierenentzündungen, Nierensteine, Nierenkoliken etc.

nein ja

17. Erkrankung des Blutsystems

Anämie, Hämophilie, Lymphknotenschwellungen

nein ja

18. Wenn Sie unter akuten und/oder chronischen Erkrankungen leiden/litten

(z. B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma, Durchblutungsstörungen, Krebserkrankungen etc.) ist diese Erkrankung z. Z. stabil eingestellt?

ja nein

19. Nehmen Sie im Moment Medikamente ein

nein ja, in welcher Dosierung?

20. Nehmen Sie Hormonpräparate ein (z.B. Pille)?

nein ja, welche?

21. Haben Sie Lebensmittel- oder Medikamentenallergien?

nein ja, welche?

22. Haben Sie andere gesundheitliche Beschwerden oder physische Beeinträchtigungen

(wie z. B. Schwangerschaft, oder nach denen nicht gefragt wurde?)

nein ja, welche?

GEGENWÄRTIGE SITUATION

Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein:

a) schlecht b) mittelmäßig c) gut d) ausgezeichnet

Wenn Sie a) oder b) angegeben haben, wie begründen Sie diese Einstufung?

Wie schätzen Sie Ihre physische Kondition und Ausdauer ein:

a) schlecht b) mittelmäßig c) gut d) ausgezeichnet

Wenn Sie a) oder b) angegeben haben, wie begründen Sie diese Einstufung?

Rauchen Sie? nein ja, wie viel am Tag?

Wie fühlen Sie sich jetzt?

gut müde

Wie hoch schätzen Sie Ihren Stresslevel ein?

niedrig mittel hoch

Haben Sie Einschlafstörungen?

nein ja

Haben Sie Angstzustände?

nein ja

Waren Sie zuletzt bei einem Arzt?

nein ja, warum?

Gibt es etwas, was Sie uns noch sagen möchten?

Ort, Datum

Unterschrift