



## Gäste-Gesundheitsfragebogen

- nicht-medizinische/ medizinische Programme, mit und ohne Pflege -

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Anreise am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Die Angaben helfen uns, neben der Unbedenklichkeitserklärung, Ihren Gesundheitszustand einzuschätzen. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt. Bitte schicken Sie den Gäste-Gesundheitsfragebogen ausgefüllt, zusammen mit allen anderen, wenn vorhanden, medizinischen Unterlagen vor Anreise an uns zurück.

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre aktuellen Beschwerden und seit wann Sie darunter leiden?	seit:	Wie stark fühlen Sie sich dadurch belastet?				
		gar nicht	ein wenig	mittel-mäßig	stark	sehr stark
Schmerzen:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungseinschränkungen:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperl. Schwäche:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wegen welcher Erkrankung/en sind Sie jemals behandelt worden?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus          | <input type="checkbox"/> Parkinsonsyndrom  |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt       | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck              | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Luftnot           | <input type="checkbox"/> Adipositas                 | <input type="checkbox"/> Gelenkprothese    |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Gelenk- o. Wirbelsäulen-OP |  |
| <input type="checkbox"/> _____             |   |  |

Sind Sie auf eine Gehhilfe angewiesen?  Rollstuhl  Rollator  sonstiges: \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen  Defibrillator  Schrittmacher  sonstiges: \_\_\_\_\_

Wenn ja, denken Sie bitte an den Pass. Bringen Sie bitte auch Ihren Allergiepass und Ihren Medikationsplan sowie erforderliche Medikamente mit.

Benötigen Sie weitere Hilfsmittel (Duschstuhl, Toilettensitzerhöhung) o. ä.?: \_\_\_\_\_

Ihre Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Wir danken für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserem Medical-Wellness-Zentrum in der Klinik am Haussee!