

Medizinisches Infoblatt

Sehr geehrter Gast!

_____ Name

Im Moorheilbad Harbach bemüht sich Ihr aufnehmender Arzt im Rahmen der Erstuntersuchung, sich ein möglichst umfassendes Bild von Ihnen und Ihren Beschwerden zu machen, um Ihnen das optimale Therapieprogramm empfehlen zu können. **Sie helfen uns sehr, wenn Sie schon zu Hause dieses Infoblatt ausfüllen und zur Erstuntersuchung mitbringen.**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? wann? wie viele?		
Name des Medikamentes / mg	früh	mittags	abends	spät

Bitte Packungen mitbringen!

Welche Schmerzmittel nehmen Sie bei Bedarf ein? _____

Beruf _____ pensioniert arbeitslos
Familienstand ledig verheiratet geschieden verwitwet Partnerschaft
Kinder ja, wie viele: _____ nein
Wohnsituation Haus Wohnung mit Lift ohne Lift

Erkrankungen der Eltern oder Geschwister? (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz- oder Krebserkrankungen)

Kinderkrankheiten?

Hatten Sie bereits eine Operation oder schwere Erkrankungen? nein ja, welche?

<input type="checkbox"/> Mandeln	<input type="checkbox"/> Prostata	Herz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Blinddarm	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	Lunge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="checkbox"/> Hüfte	Magen/Darm	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	<input type="checkbox"/> Knie	Krebserkrankung wann?	_____	
<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Schulter	<input type="checkbox"/> sonstige:	_____	
<input type="checkbox"/> Darm	<input type="checkbox"/> Knochenbrüche			
<input type="checkbox"/> Augen				



Haben Sie Metall im Körper? nein ja, wo? _____
 (z. B. Stent, Schraube, Spirale, Prothese, Splitter, Herzschrittmacher)

Wann und wo waren Sie zuletzt auf Kur oder Rehabilitation?

Sind Sie Raucher? nein ja _____ Zigaretten/Pfeife/Zigarre pro Tag

Wie oft trinken Sie Alkohol? nie 1x/Monat 1x/Woche mehrmals/Woche
 gelegentlich täglich, was und wie viel? _____

Sind Allergien/ Unverträglichkeiten auf Medikamente oder Nahrungsmittel von Ihrem Arzt diagnostiziert worden? Bitte bringen Sie einen Befund Ihres Haus-/Facharztes mit!
 nein ja, welche? _____

Welche Therapien wurden zur Behandlung Ihrer Beschwerden zuletzt durchgeführt?
 keine Schmerzmittel Injektionen/Infiltrationen physikalische Therapien
 OP sonstige: _____

Fühlen Sie sich **beruflich** übermäßig belastet? ja nein
 Fühlen Sie sich **privat** übermäßig belastet? ja nein

Wer ist Ihr einweisender Arzt (Name und Adresse)?

Name und Telefon Nr. des nächsten Angehörigen:

Wie stark empfinden Sie Ihre Schmerzen heute (=am Tag der Anreise)?
 Keine Schmerzen Starke Schmerzen
 ☺ ☹
 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Wo wollen Sie in drei Wochen sein (=am Tag der Abreise)?
 Keine Schmerzen Starke Schmerzen
 ☺ ☹
 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Was erwarten Sie sich von Ihrem Aufenthalt bei uns im Haus?
 (z. B. Schmerzlinderung, Gewichtsabnahme)

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit bezieht sich jede personenbezogene Formulierung ausdrücklich auf Frauen und Männer.

