

Bitte **retour** an VORTUNA Gesundheitszentrum - «Titel» «Vorname» «Name»  
Aufenthalt von «Aufnahmedatum» bis «Entlassungsdatum»

Vorbereitungsbogen für Ihre Anfangsuntersuchung,

SV.Nr: «SVNummer» Versicherungsträger: «Versicherung»

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? (Bei Platzmangel bitte Rückseite nutzen)

Name des Medikaments	Dosierung in mg	Zeitliche Einnahme		
		morgens	mittags	abends

Gibt es Vorerkrankungen oder schwere Krankheiten in Ihrer Familie?  
(z.B. Krebs, Diabetes, Herz-Erkrankungen) \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bisher Operationen? Wenn ja, welche? (wenn möglich bitte mit Jahresangabe)  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Metallimplantate im Körper? (z.B. künstliche Gelenke, Schrauben, Nägel oder  
Platten nach Operationen, Herzschrittmacher, Metallsplitter, Kupferspirale bei Frauen, etc.)  
Wenn ja, seit: \_\_\_\_\_  JA  NEIN

Ist eine Allergie bekannt? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  JA  NEIN

Müssen Sie eine Diät / Unverträglichkeiten einhalten? \_\_\_\_\_  JA  NEIN  
Wenn ja, sind diese ernährungstherapeutisch relevant und erfordern eine Adaptierung  
der Verpflegung? \_\_\_\_\_

*(Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen – bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir **nur mittels ärztlichem Attest bzw. Allergiepass bestätigte Allergien/Unverträglichkeiten** in Ihrer Kostform berücksichtigen können.)*

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel täglich? \_\_\_\_\_  JA  NEIN

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? \_\_\_\_\_  JA  NEIN

Frauen: besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  JA  NEIN

Beschreiben Sie Ihre derzeitigen Hauptbeschwerden bzw. teilen Sie uns bitte das Anliegen für  
Ihren geplanten Aufenthalt mit:

---

---

---