

Bitte **retour** an Vortuna Gesundheitsresort - «Titel» «Vorname» «Name»
 Aufenthalt von «Aufnahmedatum» bis «Entlassungsdatum»

Bestehen bei Ihnen die folgenden Beschwerden/Problembereiche? (Mehrfachnennungen möglich) - Wenn ja, wie wichtig ist für Sie die Behandlung dieser Problembereiche während Ihres Reha-Aufenthaltes?

Beschwerden/ Problembereiche	Wie häufig?			Wichtig für Reha?	
	Nie	manchmal	oft	ja	nein
1. Depressivität/ Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>				
2. Interesslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
3. Erschöpfung/ Müdigkeit/ Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>				
4. Ausgebranntsein/ Burnout	<input type="checkbox"/>				
5. Übernervosität/ Anspannung/ Stresssymptome	<input type="checkbox"/>				
6. Panikattacken/ Ängstliches Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>				
7. Soziale Ängste (z.B. Sprechangst)	<input type="checkbox"/>				
8. Andere Ängste: _____	<input type="checkbox"/>				
9. Ständiges Grübeln/ sich Sorgen machen	<input type="checkbox"/>				
10. Wahrnehmungsstörungen/ Psychose	<input type="checkbox"/>				
11. Manische Symptome/ krankhaft überdreht sein	<input type="checkbox"/>				
12. Zwangsgedanken/ Zwangshandlungen	<input type="checkbox"/>				
13. Einschlafstörungen/ Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>				
14. Alpträume/ „Flashbacks“	<input type="checkbox"/>				
15. Impulsivität/ heftige Gefühlsschwankungen	<input type="checkbox"/>				
16. Selbstverletzungen/ Selbstschädigungen	<input type="checkbox"/>				
17. Suizidgedanken	<input type="checkbox"/>				
18. Chronische Schmerzen: _____	<input type="checkbox"/>				
19. Tinnitus	<input type="checkbox"/>				
20. Reizdarmsyndrom/ Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>				
21. Unverträglichkeiten von Speisen etc.	<input type="checkbox"/>				
22. Andere körperliche Symptome: _____	<input type="checkbox"/>				
23. Übergewicht oder Untergewicht	<input type="checkbox"/>				
24. Essanfälle mit/ ohne Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
25. Sexuelle Probleme: _____	<input type="checkbox"/>				
26. Probleme in der Partnerschaft/Familie	<input type="checkbox"/>				
27. Probleme am Arbeitsplatz/ im Freundeskreis	<input type="checkbox"/>				
28. Traumatische Vorerfahrungen	<input type="checkbox"/>				
29. Verwenden Sie Alkohol/Drogen/andere Substanzen, Um Ihr Befinden zu bessern/ Probleme zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>				
30. Andere Probleme: _____	<input type="checkbox"/>				

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen? nein ja → wann zuletzt? _____

Ihr derzeitiges Körpergewicht: ___ ___ kg Ihre Körpergröße: ___ ___ cm

Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr deutlich verändert? nein ja → wie? _____

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:
