

retour an:

VORTUNA Gesundheitszentrum Bad Leonfelden
Spielau 8
4190 Bad Leonfelden

Bad Leonfelden, 25.03.2025

«Titel» «Vorname» «Name»
«Strasse»
«Land»-«PLZ» «Ort»

**Bestätigung meines Aufenthalts im VORTUNA Gesundheitszentrum Bad Leonfelden
von «Aufnahmedatum» bis «Entlassungsdatum»**

Hiermit bestätige ich meinen „Gesundheitsvorsorge AKTIV“ (GVA) Aufenthalt im VORTUNA
Gesundheitszentrum Bad Leonfelden zum oben angeführten Termin.

Für eventuelle Rückfragen ersuchen wir Sie um Ihre Kontaktdaten:

Telefonnummer: _____ Mailadresse: _____

Telefonnummer Ihrer Vertrauensperson : _____

Müssen Sie eine Diät / Unverträglichkeiten einhalten? _____

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.)*

Ort, Datum

Unterschrift des Gastes
GVA (KFG,KFL)

Bitte senden Sie uns die Bestätigung sowie den Anamnesebogen für Ihre Anfangsuntersuchung per
E-Mail (office@vortuna.at) oder per Post ausgefüllt retour.



VORTUNA

GESUNDHEITSZENTRUM
BAD LEONFELDEN

ANAMNESEBOGEN (zu retournieren)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben ein Heilverfahren für aktive Gesundheitsvorsorge (GVA) bei Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bewilligt bekommen. Um uns optimal auf Ihr Kommen vorbereiten zu können, ist es erforderlich, dass Sie die nachstehenden Fragen beantworten und den Fragebogen an unsere ärztliche Leitung übersenden. Wir möchten ein Motivations-, Informations- und Therapieprogramm vorbereiten, das auf Ihr Belastungs- und Beschwerdebild zugeschnitten ist und eine Besserung Ihrer Gesundheit sowie Ihres Lebensstils ermöglicht. **Ihre Antworten sind nur dem medizinischen Personal unserer Gesundheitseinrichtung zugänglich.**

Was erwarten Sie von dem Heilverfahren für aktive Gesundheitsvorsorge (GVA)? Worin liegt Ihre persönliche Zielsetzung?

Haben Sie grundsätzlich Interesse, sich im Rahmen der GVA verstärkt mit dem Thema „Psychische Gesundheit“ auseinanderzusetzen?

☐ JA

☐ NEIN

Welche der folgenden Beschreibungen trifft am ehesten auf Sie zu? Was erwarten Sie von der GVA?

☐ Ich bewege mich gerne und betreibe regelmäßig Sport. Von der GVA erwarte ich mir Anregungen zur Verbesserung.

☐ Ich bewege mich nicht so gerne. Sport betreibe ich selten, unregelmäßig oder gar nicht. Von der GVA erwarte ich mir Unterstützung dabei, Freude an Bewegung zu finden.

☐ Ich fühle mich in Beruf und/oder Privatleben psychisch belastet. Ich bin müde, abgeschlagen und kann mich zu zusätzlichen Betätigungen außerhalb des Alltags nicht aufraffen. Von der GVA erwarte ich mir Unterstützung dabei, wie ich damit in Zukunft besserumgehen kann.

Wir bitten Sie zur Kenntnis zu nehmen, dass die endgültige Therapiezuweisung erst nach der Anfangsuntersuchung durch Ihre betreuende Ärztin erfolgen wird. Bei der Therapiezuweisung werden die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung sowie Ihre Angaben auf diesem Fragebogen berücksichtigt.

Ihre Stammdaten:

Familien- und Vorname, Titel: _____

Versicherungsnummer: _____

Sind Sie berufstätig?

☐ ja seit: _____

☐ erlernter Beruf: _____

☐ dzt. Ausgeübter Beruf: _____

☐ im Krankenstand seit: _____

☐ arbeitslos seit: _____

☐ Reha-Geld Bezug seit: _____

Beziehen Sie eine Pension?

☐ Nein

☐ ja seit: _____

☐ Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Welche schweren Krankheiten gibt oder gab es in Ihrer Familie?

Welche schweren Erkrankungen hatten Sie früher oder haben Sie noch immer? (wann?/seit wann bekannt? – bitte mir Jahresangabe)

☐ Herzklappenfehler

☐ Asthma/COPD

☐ Gallensteine

☐ Herzrhythmusstörungen

☐ Tuberkulose

☐ Hepatitis/Gelbsucht

☐ Herzinfarkt

☐ Gelenksentzündung

☐ Nierenentzündung

☐ Schlaganfall

☐ Krebserkrankung

☐ Nierensteine

☐ Durchblutungsstörung

☐ Psychische Erkrankung

☐ Lungenentzündung

☐ Magengeschwür

☐ Schilddrüsenüberfunktion

☐ HIV-Infektion

☐ Epilepsie/Ohnmachtsanfälle

☐ Bluterkrankheit

☐ Osteoporose

☐ Gefäßerkrankungen (z.B. PAVK, Morbus Raynaud, Thrombose, Lungenembolie)

☐ rezidivierende Harnwegsinfekte/Blasenentzündungen/Scheidenpilzinfektionen

☐ chronisch entzündliche Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn)

☐ Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme, Fußpilz, Melanom)

☐ Sonstiges: _____

Welche Operationen und Unfälle hatten Sie früher? (bitte mit Jahresangabe)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Herzklappe | ☐ schwere Verletzung | ☐ Gallensteine |
| ☐ Herz: Stent/Bypass | ☐ Hüftgelenk ☐ rechts ☐ links | ☐ Magen |
| ☐ Halsschlagader ☐ rechts ☐ links | ☐ Mandeln | ☐ Darm |
| ☐ Beinarterien ☐ rechts ☐ links | ☐ Brust ☐ rechts ☐ links | ☐ Blinddarm |
| ☐ Meniskus ☐ rechts ☐ links | ☐ Leistenbruch ☐ rechts ☐ links | ☐ Gynäkologisch |
| ☐ Kniegelenk ☐ rechts ☐ links | ☐ Krampfadern ☐ rechts ☐ links | ☐ Prostata |
| ☐ Schilddrüse | ☐ künstlicher Ausgang (Darm, Harnblase) | |
| ☐ Knochenbruch ☐ rechts ☐ links | Region: _____ | |
| ☐ Sonstiges: _____ | | |

Haben Sie Metallimplantate im Körper?

(z.B. künstliche Gelenke, Platten, Nägel, Schrauben, Stents, Kupferspirale)

- ☐ JA, seit: _____ ☐ NEIN ☐ Weiß nicht

Haben Sie elektronische Geräte im Körper?

(z.B. Insulinpumpe, Schrittmacher, Defibrillator, Loop-Recorder)

- ☐ JA, seit: _____ ☐ NEIN ☐ Weiß nicht

Sind Sie zuckerkrank?

- ☐ JA, seit: _____ ☐ NEIN ☐ Weiß nicht

Leiden Sie an Bluthochdruck?

- ☐ JA, seit: _____ ☐ NEIN ☐ Weiß nicht

Haben Sie hohe Blutfette bzw. ein hohes Cholesterin?

- ☐ JA, seit: _____ ☐ NEIN ☐ Weiß nicht

Haben Sie hohe Harnsäure (Gicht)?

- ☐ JA, seit: _____ ☐ NEIN ☐ Weiß nicht

Müssen Sie eine Diät einhalten? (z.B. wegen: Laktose-, Histamin-, Fruktose-, Gluten-, Sorbit Unverträglichkeit, Zuckerkrankheit, erhöhtem Cholesterin, erhöhter Harnsäure, etc.)?

- ☐ JA, seit: _____ ☐ NEIN ☐ Weiß nicht

Rauchen Sie?

- ☐ was: _____ ☐ seit wann: _____

Wie viel täglich: _____ Anzahl der Entwöhnungsversuche: _____

Unterstützung durch?: _____

- ☐ NEIN, seit wann nicht mehr?: _____

- ☐ lebenslanger Nichtraucher

Tägliche Trinkmenge (antialkoholisch/durchschnittlich) _____ Liter

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- ☐ nie ☐ 1 x/Monat ☐ 1 – 2 x/Woche
☐ 3 – 6x/Woche ☐ mehrmals im Monat ☐ täglich
☐ JA – was und wie viel? _____

Kur- und Rehabilitationsaufenthalte der letzten 10 Jahre (Jahr und Einrichtung)

Zuletzt durchgeführte Behandlungen (z.B. medikamentös, Physiotherapie, Strombehandlungen, Massagen, etc.)?

Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie aus?

☐ Wie oft (gesamt/Woche) _____

☐ Wie lange (gesamt/Woche) _____ Stunden

Welche Hobbies haben Sie?

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen:

Beweglichkeit/Mobilität

- ☐ Ich habe keine Probleme herumzugehen
☐ Ich habe einige Probleme herumzugehen

Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- ☐ Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
☐ Ich habe Schmerzen oder Beschwerden

Bitte geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie auf der unten angeführten Skala an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = kein Schmerz

10 = stärkste vorstellbare Schmerzen

Angst/Niedergeschlagenheit

- ☐ Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- ☐ Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- ☐ Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten zu Hause oder im Beruf (bei normaler beruflicher Belastung)

	JA	NEIN
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

Wie war Ihr Befinden/wie oft haben Sie sich in den letzten vier Wochen gefühlt ...

BEFINDEN	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
Voller Schwung	1	2	3	4	5	6
Voller Energie	1	2	3	4	5	6
Glücklich	1	2	3	4	5	6
Ruhig und gelassen	1	2	3	4	5	6
Müde	1	2	3	4	5	6
erschöpft	1	2	3	4	5	6
Entmutigt und traurig	1	2	3	4	5	6
Sehr nervös	1	2	3	4	5	6
So niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte	1	2	3	4	5	6

Ein Schwerpunkt der Gesundheitsvorsorge ist auch die „gesunde Ernährung“. Um uns ein Bild von Ihren Ernährungsgewohnheiten machen zu können, ersuchen wir Sie um eine spontane Antwort:

Lebensmittel	Esse ich		Wie oft						Pro		
	Ja	Nein	1	2	3	4	5	6	Tag	Woche	Monat
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wurst (Extra, Wiener, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schinken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geflügel (Huhn, Pute)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch (Rind, Schwein)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Joghurt 3,6%	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Milch vollfett, 3,6%	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Buttermilch	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schnittkäse mager	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schnittkäse fett	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hühnerei (inkl. verkochter Eier)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Butter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Margarine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflanzenöl	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schmalz	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mischbrot	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vollkornbrot	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Weißbrot/-gebäck	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dunkles Gebäck	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vollkorn-/Naturreis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hülsenfrüchte (Erbsen, Bohnen, Linsen,)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kohlgemüse (Broccoli, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse allgemein	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Blattsalat	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pommes frites, Krokketten, ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mehlspeise	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schokolade	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Salzgebäck	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten von Medikamenten, Nahrungsmitteln, Sonstigem?

☐ JA, welche? _____

☐ NEIN

Welche Medikamente nehmen Sie DERZEIT ein?

1. Bitte füllen Sie unbedingt diese Medikamentenliste aus!
2. Tragen Sie in jeder Zeile in Blockbuchstaben den genauen Namen des Medikaments und seine Stärke ein (z.B. Aspirin, 100 mg) und führen Sie an, wann Sie wie viele Tabletten am Tag einnehmen (Dosierung z.B. 1-0-1/2).
3. Falls Sie Insulin spritzen, geben Sie dieses ebenfalls hier an, ebenso Blut verdünnende Medikamente, Hormone und homöopathische Mittel!
4. Bei Unklarheiten besprechen Sie sich bitte mit Ihrem Hausarzt.

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?

(z.B. Thrombo-Ass, Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, Pradaxa, Lixiana)

☐ JA, welche und seit wann? _____

☐ NEIN ☐ Weiß nicht

Wichtig: Bringen Sie all Ihre Medikamente in der ORIGINALVERPACKUNG und in AUSREICHENDER Menge mindestens für die gesamte Dauer Ihres Aufenthalts mit.

Name des Medikamentes	Früh	Mittags	Abends	Spät

Ihre Muttersprache: _____

Ihre Deutschkenntnisse:

☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

☐ JA ☐ NEIN ☐ Potentiell möglich

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe, Sie helfen uns bei der optimalen Vorbereitung auf Ihren Aufenthalt!

Bitte bringen Sie Röntgen- oder Laborbefunde, Arztbriefe, Blutdruckmessgerät oder Blutzuckermessgerät – **nur sofern bereits vorhanden!** – zur ärztlichen Anfangsuntersuchung mit.