



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 Kur Aufenthalt im VORTUNA Gesundheitszentrum Bad Leonfelden zum
oben angeführten Termin.

Für eventuelle Rückfragen ersuchen wir Sie um Ihre Kontaktdaten:

Telefonnummer: _____ Mailadresse: _____

Telefonnummer Ihrer Vertrauensperson : _____

Ort, Datum

Unterschrift des Gastes
Kur

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

Bitte **retour** an VORTUNA Gesundheitszentrum - «Titel» «Vorname» «Name»

Kur: 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, Metallsplinter, 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:
