

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

Für eventuelle Rückfragen ersuchen wir Sie um Ihre Kontaktdaten:

Telefonnummer: _____ Mailadresse: _____

Nächster Angehöriger: _____

Telefonnummer Ihrer Vertrauensperson : _____

Ort, Datum

Unterschrift des Gastes
REHA

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»

REHA: 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:

Bitte **retour** an Vortuna Gesundheitsresort - «Titel» «Vorname» «Name»

REHA: 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/ 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? _____