

	<b>Medizinischer Fragebogen</b>	Med. Reha-Einrichtungen der Stadt Radolfzell, METTNAU
	Einganguntersuchung	Formblatt

Sehr geehrter Gast,

zur Vorbereitung Ihres Aufenthaltes und die damit verbundene ärztliche Untersuchung bitten wir Sie um einige Angaben. Bitte beachten Sie, dass das Ausfüllen des Fragebogens auch bei einem wiederholten Aufenthalt wichtig ist, um die aktuelle medizinische Situation erfassen zu können (Medikamenteneinnahme, aktuelle Beschwerden). Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen den jeweils aktuellen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die Datenschutzerklärung der METTNAU können Sie unter [www.mett nau.com/de/datenschutzerklaerung](http://www.mett nau.com/de/datenschutzerklaerung) online einsehen.

**Um eine reibungslose Aufnahmeuntersuchung durchführen zu können, sollten der Medizinische Fragebogen und aktuelle Befundberichte, OP-Berichte, Laboruntersuchungen vor Ihrer Anreise vorliegen. Bitte senden Sie daher den ausgefüllten Medizinischen Fragebogen und alle weiteren Unterlagen bis spätestens 4 Wochen vor Beginn Ihres Aufenthaltes an:**

<input type="checkbox"/> Med. Reha-Einrichtungen der Stadt Radolfzell, METTNAU <b>Medizin 2</b> Strandbadstraße 106 78315 Radolfzell Tel.: 07732 151859 Fax: 07732 151371 E-Mail: <a href="mailto:arztsekretariat2@mettnau.com">arztsekretariat2@mettnau.com</a>	<input type="checkbox"/> Med. Reha-Einrichtungen der Stadt Radolfzell, METTNAU <b>Medizin 1</b> Strandbadstraße 80 78315 Radolfzell Tel.: 07732 151453 Fax: 07732 151461 E-Mail: <a href="mailto:arztsekretariat1@mettnau.com">arztsekretariat1@mettnau.com</a>
---	--

Bei einer kurzfristigen Buchung bringen Sie bitte den Medizinischen Fragebogen der METTNAU zu Ihrer ärztlichen Aufnahmeuntersuchung mit.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe, die für eine erfolgreiche Gestaltung Ihres Aufenthaltes sehr wichtig ist.

Wir wünschen Ihnen einen erholsamen Aufenthalt in unserem Hause!

Dr. med. Robin Schulze  
Chefarzt

<b>Ihre persönlichen Angaben</b> (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)			
Name, Vorname		Größe (cm)	
Geburtsdatum		Gewicht (kg)	
Adresse			
Telefon			
Mobil			
E-Mail Adresse			
Kontakt im Notfall/ Vorsorgevollmacht			



	<b>Medizinischer Fragebogen</b>	Med. Reha-Einrichtungen der Stadt Radolfzell, METTNAU
	Eingangsuntersuchung	Formblatt

### C.) BESCHWERDEN

<b>1. Herz-Kreislauf-Beschwerden</b>		
<input type="checkbox"/> Luftnot bei Belastung/ Sport	<input type="checkbox"/> Luftnot in Ruhe/ im Schlaf	
<input type="checkbox"/> Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> unregelmäßig. Herzschlag / Rhythmusstör.	
<input type="checkbox"/> Nachlass. körperliche Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden:	
<b>2. Bewegungsapparat</b>		
<input type="checkbox"/> aktuell keine relevanten Einschränkungen		
<input type="checkbox"/> Schmerzen im Bereich von <input type="checkbox"/> Hals-, <input type="checkbox"/> Brust-, <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule		
<input type="checkbox"/> Schulterbeschwerden	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Hüftbeschwerden	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Kniebeschwerden	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> andere:		
<b>3. Weitere Beschwerden</b>		
Schlafdauer: __ Stunden	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen
<input type="checkbox"/> nicht erholsamer Schlaf	<input type="checkbox"/> Schnarchen	<input type="checkbox"/> nächtliche Atemstillstände
<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme    kg	<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme    kg	<input type="checkbox"/> Beschwerden bei Stuhlgang
<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> Beschw. bei Wasserlassen
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden:		
<b>4. Psychische Beschwerden/ Belastungen</b>		
<input type="checkbox"/> Erschöpfung, <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen, <input type="checkbox"/> Trauerreaktion, <input type="checkbox"/> berufsbedingte Probleme,		
<input type="checkbox"/> andere:		
Wurden bereits psychische Erkrankungen diagnostiziert? <input type="checkbox"/> Depression, <input type="checkbox"/> Angststörung,		
<input type="checkbox"/> andere:		
<b>5. MOBILITÄT IM ALLTAG</b>		
Bereitet Ihnen das Steigen von 1 Treppenetape oder 1 km Gehen Probleme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sind Sie auf Gehhilfen angewiesen?    Gehstützen <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Bereitet es Ihnen Probleme ohne Hilfe auf den Boden zu liegen und alleine wieder aufzustehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sind Sie im Alltag beim An- und Auskleiden, der Körperpflege, dem Toilettengang oder der Nahrungsaufnahme auf fremde Hilfe angewiesen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

<b>D.) KÖRPERLICHE / SPORTLICHE AKTIVITÄTEN im Alltag (z. B. Beispiel 2-3 x 30 Minuten Walking pro Woche)</b>

<b>E.) MEDIKAMENTE (regelmäßig)</b>			
<b>Präparat (Dosis mg)</b>	(morgens/mittags/abends)	<b>Präparat (Dosis mg)</b>	(morgens/mittags/abends)
bei Bedarf:			
Verwenden Sie ein Sauerstoffgerät? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

