	<b>Medizinischer Fragebogen</b>	Med. Reha-Einrichtungen der Stadt Radolfzell, METTNAU
	Eingangsuntersuchung	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.metttau.com/de/datenschutzerklaerung](http://www.metttau.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


Ihre persönlichen Angaben (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

Bitte unter A.) und B.) ggf. Änderungen seit dem letzten Aufenthalt eintragen.

A.) VORERKRANKUNGEN			
1. Operationen			
Jahr	Operation	Jahr	Operation
2. Herz- oder Gefäßerkrankungen, falls ja			
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt im Jahr:			
<input type="checkbox"/> Herzkatheter im Jahr:			
<input type="checkbox"/> Ballondilatation im Jahr:			
<input type="checkbox"/> Herzoperation im Jahr:			
<input type="checkbox"/> sonst. Herz- oder Gefäßerkrankung:			
<input type="checkbox"/> letzte fachärztliche Untersuchung am:                      bei:			
3. weitere Erkrankungen			
<input type="checkbox"/> Lungen-/ Bronchialerkrankung			
<input type="checkbox"/> Allergien			
<input type="checkbox"/> Magen-/ Darmerkrankung			
<input type="checkbox"/> psychische Erkrankung/ Stimmungsschwankungen			
<input type="checkbox"/> Tumorleiden			
4. sonstige Erkrankungen/ Krankenhausaufenthalte			
Jahr	Erkrankung		
5. Herz-Kreislauf Risikofaktoren			
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, falls ja seit		<input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung, falls ja seit	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit, falls ja seit		<input type="checkbox"/> Nikotin (Zigaretten/Tag):	
<input type="checkbox"/> Adipositas		<input type="checkbox"/> Schlafapnoe <input type="checkbox"/> mit Gerätetherapie	


B.) FAMILIEN-VORGESCHICHTE	
Ist eine der folgenden Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) bekannt?	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, falls ja bei	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit, falls ja bei	
<input type="checkbox"/> Herz OP, falls ja bei	
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt, falls ja bei	Alter: vor 55 J. <input type="checkbox"/> nach 55 J. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schlaganfall, falls ja bei	Alter: vor 55 J. <input type="checkbox"/> nach 55 J. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung, falls ja bei	
<input type="checkbox"/> sonst.:    , bei	

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

<b>C.) BESCHWERDEN</b>		
<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 Treppenetage 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			

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

### F.) BERUF

Berufsbezeichnung:
<input type="checkbox"/> selbständig; <input type="checkbox"/> angestellt; <input type="checkbox"/> nicht berufstätig; <input type="checkbox"/> Rentner/ Pensionär
<input type="checkbox"/> Schichtdienst; Wochenarbeitszeit: ca.      Stunden

### G.) Wer soll den ärztlichen Abschlussbericht über Ihren Aufenthalt erhalten?

<input type="checkbox"/> (Arzt/Adresse)
---

### H.) Haben Sie bestimmte persönliche Ziele für Ihren Aufenthalt auf der METTNAU?


### I.) Wie wichtig ist Ihnen für Ihren jetzigen Aufenthalt auf der METTNAU:

(Bitte tragen Sie in jeder Zeile ein Kreuz ein)

	sehr wichtig ⇐					⇒ unwichtig				
Medizinische Diagnostik										
Beratung/ Gesundheitsinformation durch den Arzt										
Information zu Training										
Information zur Ernährung										
Information zu Stressabbau										
Körperliche Aktivität, Bewegungstherapie										
Passive Anwendungen (Massagen etc.)										
Entspannungsmethoden										
Psychologische Beratung										
Gesunde Ernährung										
Übergewicht reduzieren										

Sollten Sie dauerhaft oder nach akuter Erkrankung relevante Einschränkungen der Beweglichkeit haben, sich nicht alleine im Haus bewegen oder zu den Therapien begeben können, medizinische Hilfsmittel (Gehstützen, Rollator etc.) oder Hilfe bei der Körperpflege benötigen, bitten wir Sie im Vorfeld Kontakt mit unserer Pflegedienstleitung (Tel. 07732-15197344 oder 151289) aufzunehmen, sodass wir für Sie die notwendige Unterstützung im Rahmen Ihres Aufenthaltes in unserem Hause organisieren können.

### J.) Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Gerne berücksichtigen wir für Ihre Verpflegung schulmedizinisch anerkannte Diagnosen. Bitte wenden Sie sich bei individuellen Sonderkosten (z. B. lactosefreie Kost oder glutenfreie Kost) im Vorfeld Ihrer Anreise per E-Mail an unsere Ernährungsleitung [ernaehrungsberatung@mettnau.com](mailto:ernaehrungsberatung@mettnau.com) bzw. telefonisch: 07732 151-97346. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten, wie beispielsweise durch IgG4-Antikörper-Messung erhoben, nicht berücksichtigen können. Wir bieten Ihnen eine ovo-lacto-vegetabile Kost. Eine vegane Ernährung ist nicht Bestandteil unseres Verpflegungssystems; sie kann lediglich aus den angebotenen Komponenten zusammengestellt werden.

**Wir bitten Sie, Befundberichte zu den vorliegenden Erkrankungen und durchgeführten Operationen sowie den zuletzt erhobenen Befunden (z. B. Laborwerte), falls nicht schon gesendet, mitzubringen und bei der ärztlichen Eingangsuntersuchung vorzulegen.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Gastes \_\_\_\_\_