	Interne Regelung Rücksendeschein Erwachsene	Zugehörig zu QMH-Kap.: III-6.4 ZIN_INT_VER_III-6.4-27_ MedRücksendescheinERW_02191105
---	--	---

BITTE ZURÜCK SENDEN!

Ergänzende Angaben Mutter/ Vater

Name: _____ **geb.** _____

Familienstand

Ledig/alleinerziehend
 in Partnerschaft
 verheiratet
 verwitwet
 geschieden
 getrennt lebend

Beruf/ aktuelle Tätigkeit _____

Teilzeit/ Vollzeit
 Elternzeit
 arbeitend/nicht tätig

Anzahl der Kinder _____ **davon in Haushalt lebend** _____

Schwerbehinderung: nein ja Grad der Behinderung _____

Pflegegrad ohne 1 2 3 4 5

Ernährungsweise:

Mischkost
 Vegetarier
 Veganer
 sonstiges _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja nein **Wenn ja, wie viel am Tag?** _____

Trinken Sie Alkohol? ja nein **Wenn ja, was und wie viel am Tag?** _____

Nehmen Sie regelmäßig Betäubungsmittel zu sich? ja nein

Wenn ja, welche und wie viel am Tag? _____


Treiben Sie Sport? ja nein **Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?** _____

Operationen/ Krankenhausaufenthalte? _____

Allergien? ja nein **Wenn ja, welche?** _____

Größe _____ cm **Gewicht** _____ kg

Wie viele Infekte (z.B. Erkältung, Ohren-bzw. Mandelentzündungen) hatten Sie in den letzten 12 Monaten?

	Interne Regelung Rücksendeschein Erwachsene	Zugehörig zu QMH-Kap.: III-6.4 ZIN_INT_VER_III-6.4-27_ MedRücksendescheinERW_02191105
---	--	---

Sind Sie schwanger? ja nein **Bei einer Schwangerschaft kann keine Anreise erfolgen!**

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen? (bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> MRE | <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankung |

Sonstiges _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein Wenn ja, welche (bitte Dosierung angeben)

Welche Maßnahmen wurden bereits in Anspruch genommen? (Ärztlich verordnete)

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Massagen | <input type="checkbox"/> Rückenschule |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Rehasport | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | |


Welche Maßnahmen wurden bereits privat in Anspruch genommen?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gymnastik | <input type="checkbox"/> sportliche Aktivitäten | <input type="checkbox"/> Sauna/Schwimmen |
| <input type="checkbox"/> homöopathische Behandlungen | <input type="checkbox"/> Ehe/Paraberatungen | <input type="checkbox"/> Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | |

Befinden Sie sich derzeit in fachärztlicher Behandlung? (Orthopäde, Internist, Neurologie....)

ja nein Wenn ja, in bei welchem Facharzt und warum?

Hausarzt (bitte vollständige Adresse angeben)

	<p style="text-align: center;">Interne Regelung Rücksendeschein Erwachsene</p>	<p>Zugehörig zu QMH-Kap.: III-6.4 ZIN_INT_VER_III-6.4-27_ MedRücksendescheinERW_02191105</p>
---	--	--

Gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten (in Stichworten):

Persönliche Stressfaktoren

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Partner/Eheprobleme | <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen/ Schulden |
| <input type="checkbox"/> Probleme am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige |
| <input type="checkbox"/> Chronisch kranke Familienangehörige | <input type="checkbox"/> Trauer |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögertes bzw. behindertes Kind | |
| <input type="checkbox"/> Pflege von Angehörigen im eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Pflegegrad ohne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | |

Was möchten Sie während der Kurmaßnahme in Bezug auf Ihre körperlichen Beschwerden erreichen? Was sind Ihre Therapieziele für Ihre körperlichen / somatischen Beschwerden?

(z.B. Verbesserung der Rückenbeschwerden)

1. _____

2. _____

3. _____

Was möchten Sie in psychisch/ seelischer Hinsicht erreichen?

(z.B. Verbesserung der Interaktion mit den Kindern)

1. _____

2. _____

3. _____