

Persönliche Daten und Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns über Ihre Anmeldung zur psychosomatischen Behandlung in der Klinik Schwedenstein. Anhand Ihrer Angaben prüfen wir, ob und in welcher Abteilung wir Ihnen die Behandlung oder Rehabilitation anbieten können. Alles was Sie uns mitteilen unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte senden Sie uns den Fragenbogen bis eine Woche vor Ihrer Anreise zurück.

Bitte nutzen Sie folgende E-Mail-Adresse: info.schwedenstein@vamed-gesundheit.de

Herzlichen Dank!

Ihr Team der Rehaklinik Schwedenstein in Pulsnitz

Persönliche Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon (privat/beruflich)

Mobil

Bezugstherapeut/In

Patientenaufkleber

1. Anamnese

Die Rehabilitationsmaßnahme erfolgt auf:

- | | |
|--|---|
| ☐ eigenen Wunsch | ☐ Klageverfahren |
| ☐ Anregung der Krankenkasse | ☐ Widerspruch |
| ☐ Anregung Ihres Arztes / Therapeuten | ☐ abgelehnter Rentenantrag |
| ☐ Anregung der Krankenkasse / DRV | ☐ |

Jetzige Beschwerden

Kreuzen Sie bitte an, welche der folgenden Beschreibungen aktuell auf Sie zutreffen:

- | | |
|--|--|
| ☐ depressive Verstimmungen | ☐ rastlos |
| ☐ Rededrang | ☐ Angst das Haus zu verlassen |
| ☐ Angst in Menschenmengen | ☐ Angst zu reisen |
| ☐ überaktiv | ☐ sehr schnell ablenkbar |
| ☐ immer fröhlich | ☐ oft den Tränen nahe |
| ☐ sorglos | ☐ mein Körper ist mir fremd |
| ☐ müde | ☐ ich fühle mich wertlos |
| ☐ ich kann mich oft nicht entscheiden | ☐ Angst sich zu blamieren |
| ☐ plötzliche Angstanfälle ohne Grund | ☐ emotionale Taubheit |
| ☐ unruhig | ☐ Selbstmordgedanken |
| ☐ dauerhaft Angst | ☐ Selbstmordversuche |
| ☐ ich habe Schuldgefühle | ☐ ständig nervös |
| ☐ Konzentrationsprobleme | ☐ kraftlos |
| ☐ Intrusionen | ☐ Alpträume |
| ☐ kein Interesse/ keine Freude an Aktivitäten | ☐ unsicher und gehemmt im Umgang mit anderen Menschen |
| ☐ Dissoziationen | |

Bestehen sonst andere Beschwerden?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja, welche?

Wie erklären Sie sich Ihre Beschwerden (Konflikte, Probleme)?

Bisheriger Verlauf der reharelevanten Beeinträchtigungen

Wann traten die Beschwerden/Probleme erstmalig auf?
Beschreiben Sie die Entwicklung möglichst genau.

Welche Diagnostik und Behandlungen wurden bisher wegen dieser Beschwerden durchgeführt?

Welche psychotherapeutischen Behandlungen haben Sie bisher in Anspruch genommen?

☐ keine Psychotherapie

☐ ambulante Psychotherapie

Name des Therapeuten

Adresse

Zeitraum

von

bis

Beschwerden

Haben sich Ihre Beschwerden gebessert? ☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja, wie haben Sie sich verändert?

Stationäre Psychotherapie/psychosomatische/medizinische/psychiatrische Reha

1. Rehaeinrichtung

Adresse

Zeitraum

von

bis

Beschwerden

Haben sich Ihre Beschwerden gebessert? ☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja wie haben sie sich verändert?

2. Rehaeinrichtung

Adresse

Zeitraum

von

bis

Beschwerden

Haben sich Ihre Beschwerden gebessert? ☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja wie haben sie sich verändert?

Sind in Ihrem Leben schon einmal andere seelische Probleme aufgetreten?

Wann?	Welche Form?
-------	--------------

Waren Sie in den letzten 2 Jahren vor Beginn Ihrer jetzigen Erkrankung in bestimmten Bereichen besonderen Konflikten oder Belastungen ausgesetzt? Bitte ankreuzen.

	Bereich	Erläuterung
--	---------	-------------

- ☐ Familiensituation
- ☐ Berufliche Situation
- ☐ Wohnsituation
- ☐ Finanzielle Situation
- ☐ Gesundheitszustand
- ☐ Sexualität
- ☐ Sonstiges

Haben oder hatten Sie Probleme mit Ihrem Essverhalten?

☐ Ja

☐ Nein

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Kalorienzählen | ☐ Fressanfälle |
| ☐ Diäten | ☐ Erbrechen |
| ☐ Appetitzügler | ☐ Abführmittel |
| ☐ | |

Fügen Sie sich selbst Verletzungen zu?

☐ Ja

☐ Nein

- | | |
|--|--|
| ☐ sich schneiden | ☐ kratzen bis es blutet |
| ☐ Haare ausreißen | ☐ |

Bitte geben Sie Auskunft zu Ihren behandelnden Ärzten:

Hausarzt	Telefonnummer
Adresse	

Internist	Telefonnummer
Adresse	

Orthopäde	Telefonnummer
Adresse	

Psychiater / Neurologe	Telefonnummer
Adresse	

Gynäkologe	Telefonnummer
Adresse	

	Telefonnummer
Adresse	

Familienanamnese

Leibliche Mutter

Geburtsdatum

Falls verstorben, wann?

Todesursache

Beruf

☐ Teilzeit

☐ Vollzeit

Wie beschreiben Sie ihren Erziehungsstil?

Wesenszüge/ Besonderheiten

Leiblicher Vater

Geburtsdatum

Falls verstorben, wann?

Todesursache

Beruf

☐ Teilzeit

☐ Vollzeit

Wie beschreiben Sie seinen Erziehungsstil?

Wesenszüge/ Besonderheiten

Meine Kindheit erlebte ich insgesamt eher als:

glücklich

unglücklich



Welche Person hatte den wichtigsten Einfluss auf Ihre Kindheit (wie beeinflusst)?

Wo sind Sie aufgewachsen?

☐ Eltern

☐ Großeltern

☐ Heim

☐

Beschreiben Sie bitte die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus. Wie gingen Ihre Eltern miteinander und mit den Kindern um? Gab es bestimmte Werte, die für Ihre Familie besonders wichtig waren?

Bitte machen Sie Angaben zu Ihren Geschwistern:

Vorname		Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w
Falls verstorben, wann?		Falls verstorben, wann?	
Beruf		Beruf	
Familienstand		Familienstand	
Krankheiten		Krankheiten	

Vorname		Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w
Falls verstorben, wann?		Falls verstorben, wann?	
Beruf		Beruf	
Familienstand		Familienstand	
Krankheiten		Krankheiten	

Vorname		Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w
Falls verstorben, wann?		Falls verstorben, wann?	
Beruf		Beruf	
Familienstand		Familienstand	
Krankheiten		Krankheiten	

Vorname		Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w
Falls verstorben, wann?		Falls verstorben, wann?	
Beruf		Beruf	
Familienstand		Familienstand	
Krankheiten		Krankheiten	

Beschreiben Sie bitte die Beziehung zu Ihren Geschwistern:

Früher:

Heute:

Sind in Ihrer Familie seelische bzw. psychiatrische Erkrankungen, Suchterkrankungen oder Selbstmorde bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

Gab es besondere Belastungen in Ihrem weiteren Lebenslauf?

Belastende Erlebnisse im sexuellen Bereich?

☐ Ja

☐ Nein

Erfahrungen von Gewalt?

☐ Ja

☐ Nein

2. Sozialmedizinische Anamnese

Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Familiäre Situation

- | | | |
|---|--|-------------|
| ☐ ledig | ☐ geschieden | seit: _____ |
| ☐ verheiratet | ☐ alleinlebend | seit: _____ |
| ☐ verwitwet | ☐ getrennt lebend | seit: _____ |
| ☐ Lebensgemeinschaft | | |

Derzeitiger Ehepartner / Partner

Alter:	Dauer der Beziehung:
Beruf:	Leben Sie mit Ihrem Partner in einem gemeinsamen Haushalt?
☐ Teilzeit ☐ Vollzeit	☐ Ja ☐ Nein
Hobby:	Was mögen Sie an Ihrem Partner?
Sonstige im Haushalt lebende Personen:	Was stört Sie an Ihrem Partner?

Bitte berichten Sie Einzelheiten aus früheren Partnerschaften/Ehen.

Zeitraum	Trennungsgrund	Wer hat die Beziehung beendet?

Falls Sie bisher keine Ehe eingegangen sind, warum?

Fühlen Sie sich in Ihrer jetzigen Partnerschaft emotional verstanden?

☐ Ja

☐ Nein

Besteht eine Belastung durch Krankheit des Partners?

☐ Ja

☐ Nein

Besteht Alkohol- oder Drogenmissbrauch des Partners?

☐ Ja

☐ Nein

Gibt es Probleme im sexuellen Bereich?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie Kinder aus Ihrer derzeitigen oder aus früheren Beziehungen?

Vorname		Vorname	
Alter	Geschlecht ☐ m ☐ w	Alter	Geschlecht ☐ m ☐ w
Aus welcher Beziehung / Ehe?		Aus welcher Beziehung / Ehe?	
Krankheiten:		Krankheiten:	
Verhältnis:		Verhältnis:	

Vorname		Vorname	
Alter	Geschlecht ☐ m ☐ w	Alter	Geschlecht ☐ m ☐ w
Aus welcher Beziehung / Ehe?		Aus welcher Beziehung / Ehe?	
Krankheiten:		Krankheiten:	
Verhältnis:		Verhältnis:	

Wohnsituation:

- ☐ Stadt
 ☐ Dorf
 ☐ Garten
- ☐ Mietwohnung
 ☐ Eigentumswohnung
- ☐ eigenes Haus
 ☐ Heim
- ☐ Sonstige Besonderheiten (häusliche Versorgung/Pflege, Wohngemeinschaften)
- ☐

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?



Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation?



regelmäßiges Einkommen

☐ Ja ☐ Nein

ALG

☐ Ja ☐ Nein

Bürgergeld

☐ Ja ☐ Nein

Übergangsgeld

☐ Ja ☐ Nein

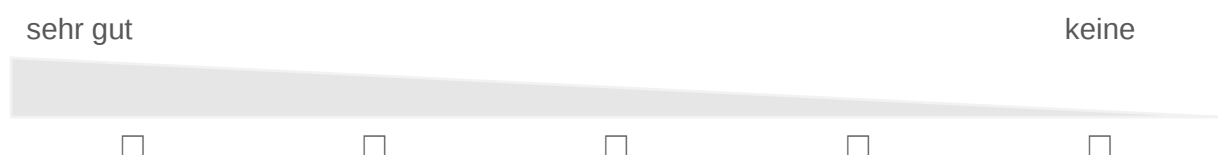
Rente

☐ Ja ☐ Nein

Krankengeld

☐ Ja ☐ Nein

Wie sind Ihre sozialen Kontakte?



Beschreiben Sie Ihre Interessen und Hobbys. Wie und mit wem verbringen Sie Ihre Freizeit?

Haben Sie oder hatten Sie besondere Belastungen im heimatlichen Umfeld (chron. Konflikte, Pflege von Angehörigen etc.)?

☐ Ja

☐ Nein

Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

☐ angestellt

☐ arbeitslos

☐ selbstständig

☐ Rente

☐ in Ausbildung

☐ Vorruhestand

☐ In Altersteilzeit

☐ Hausfrau

☐

Besteht ein Grad der Behinderung (GdB)?

☐ Ja

☐ Nein

%

Falls ja, welche Behinderungen liegen vor?

Wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, welche Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor?

☐ teilw.

☐ voll

Wurde ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, wann wurde der Antrag gestellt?

Wurde ein Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, wann wurde der Antrag gestellt?

Berufliche Entwicklung

Schulabschluss	Jahr

Ausbildung	von	bis

Beruflicher Werdegang

Berufliche Tätigkeit	von	bis
Warum gewechselt?		

Berufliche Tätigkeit	von	bis
Warum gewechselt?		

Berufliche Tätigkeit	von	bis
Warum gewechselt?		

Berufliche Tätigkeit	von	bis
Warum gewechselt?		

Jetzige Tätigkeit

Berufliche Tätigkeit		seit	
Tätigkeiten / Aufgabengebiet			
Was finden Sie an Ihrer Arbeit gut?			
☐ Vollzeit		☐ Teilzeit / _____ Stunden ☐ pro Tag ☐ pro Woche	
☐ Schichtbetrieb		☐ 2 Schichten ☐ 3 Schichten ☐ Nachtschichten	
☐ bezahlte Überstunden ☐ unbezahlte Überstunden		Sie leisten ca. _____ Stunden ☐ pro Woche ☐ pro Monat	
Sie erreichen Ihren Arbeitsplatz:		☐ mit dem Auto ☐ mit dem Fahrrad ☐ zu Fuß ☐ mit öffentlichen Verkehrsmitteln	
In welcher Körperhaltung verbringen Sie Ihren Arbeitstag?		☐ ca. _____ Stunden stehend ☐ ca. _____ Stunden gehend ☐ ca. _____ Stunden sitzend	
Die Entfernung vom Wohnort zum Arbeitsplatz beträgt _____ km.			

Bedingungen am Arbeitsplatz

Sicherheit des Arbeitsplatzes	☐ Ja	☐ Nein
Verständnis innerhalb der Belegschaft	☐ Ja	☐ Nein
Unterstützung durch den Chef/Vorgesetzten	☐ Ja	☐ Nein
Befriedigende Stellung im Beruf	☐ Ja	☐ Nein
Angemessene Entlohnung	☐ Ja	☐ Nein
Abwechslungsreiche Arbeit	☐ Ja	☐ Nein
Selbständige Arbeitsgestaltung	☐ Ja	☐ Nein

Besondere Belastungen und Einflüsse:

☐ Überstunden	☐ Zeitdruck
☐ Konkurrenzdruck	☐ Mobbing
☐ drohende Umsetzung	☐ unregelmäßiges Essen
☐ Monotone Arbeitsabläufe	☐ Hohe Anforderung an das Gedächtnis
☐ Vibrationen	☐ Hohe Anforderung an die Konzentrat.
☐ Lärm	☐ Staub
☐ Hitze	☐ Gase/Dämpfe
☐ enge Räume	☐ Strahlung
☐ Großraumbüro	☐ Probleme mit Vorgesetzten
☐	☐

Arbeitsunfähigkeitszeiten

Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie lange?

Diagnosen

Liegt vor Beginn der Reha-Maßnahme Arbeitsunfähigkeit vor? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, seit wann?

Gibt es Arbeitsversuche, die erfolglos waren?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, warum?

Wurden bereits Entlastungsversuche unternommen?

☐ Ja

☐ Nein

☐

stufenweise

Wiedereingliederung

☐

Arbeitsplatzwechsel

☐

Umschulung

Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

Wie machen sich Ihre derzeitigen Beschwerden im Alltag bemerkbar?

Wie machen sich Ihre Beschwerden im Beruf bemerkbar?

Waren Sie in der Lage den zuletzt ausgeübten Beruf weiterhin auszuüben?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn nein, seit wann?

Welche Arbeiten konnten Sie aus welchem Grund nicht mehr verrichten?

Wie würden Sie sich selbst beschreiben (Charaktereigenschaften, äußere Erscheinung...)?

Gibt es etwas an Ihren gegenwärtigen Verhaltensweisen, Gefühlen und Einstellungen, dass Sie gern verändern möchten?

Tagesablauf

Bitte schildern Sie einen typischen Tagesablauf in Ihrem Leben.

Behandlungsziele

Bitte schildern Sie kurz Ihr Hauptanliegen an einer Behandlung in unserer Klinik:

Auf welche Art, werden Sie Ihrer Vermutung nach während des Aufenthaltes in unserer Klinik, in für Sie typische Schwierigkeiten kommen?

3. Zusatzfragenkatalog Psychoonkologie (sofern für Sie zutreffend)

Sind oder waren Sie bzw. einer Ihrer Familienangehörigen von einer Krebserkrankung betroffen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bei wem trat diese auf?

Wenn ja, welche Diagnose wurde gestellt?

Wenn ja, wann trat diese auf?

Wurde Ihnen eine psychoonkologische Begleitung bei Diagnosestellung oder im Verlauf der Krebserkrankung angeboten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, durch wen wurde diese Begleitung angeboten?

☐ Hausarzt

☐ Onkologe

☐ Krankenhaus

☐ Sozialdienst

☐

Haben Sie die psychoonkologische Begleitung angenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Gespräche hatten Sie im Rahmen der psychoonkologischen Begleitung?

☐ 1 Gespräch

☐ 2-5 Gespräche

☐ mehr als 5 Gespräche

Wurden Sie über unterstützende Angebote der Deutschen Krebshilfe und Krebsberatungsstellen informiert? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann wurden Sie informiert?

☐ bei Diagnosestellung

☐ im Verlauf der Behandlung

Medizinische Daten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns über Ihre Anmeldung zur psychosomatischen Behandlung in der Klinik Schwedenstein. Anhand Ihrer Angaben prüfen wir, ob und in welcher Abteilung wir Ihnen die Behandlung oder Rehabilitation anbieten können. Alles was Sie uns mitteilen unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte senden Sie uns den Fragenbogen bis eine Woche vor Ihrer Anreise zurück.

Bitte nutzen Sie folgende E-Mail-Adresse: info.schwedenstein@vamed-gesundheit.de

Herzlichen Dank!

Ihr Team der Rehaklinik Schwedenstein in Pulsnitz

Persönliche Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon (privat/beruflich)

Mobil

Bezugstherapeut/In

Patientenaufkleber

1. Allgemeine Informationen

Aktuelle körperliche Beschwerden:

Vorerkrankungen seit der Kindheit und bestehende Erkrankungen:

Sind Sie schon einmal operiert worden?

☐ Ja

☐ Nein

Datum	Operation	Klinik

Waren Sie in den vergangenen 6 Monaten im Ausland?

☐ Ja

☐ Nein

2. Vegetative Anamnese

Essverhalten			
Appetit:	☐ normal ☐ vermehrt ☐ vermindert ☐ schwankend	Sättigungsgefühl:	☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden
Appetit unter Stress	☐ vermehrt ☐ vermindert ☐ unabhängig	Liegt oder lag eine Essstörung vor?	☐ Ja ☐ Nein
In welcher Form?			
Gewicht			
Gewichtsentwicklung in den letzten 6 Monaten:			
Aktuelles Gewicht	kg	durch Zunahme	kg
Körpergröße	cm	durch Abnahme	kg
Trinkmenge			
Wieviel trinken Sie täglich:			Liter
Was trinken Sie täglich:			
Wasserlassen			
	☐ ohne Beschwerden ☐ häufiger Harndrang ☐ Brennen		☐ unkontrollierter Harndrang ☐ nächtliches Wasserlassen x / Nacht
Stuhlgang			
	☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig		☐ Neigung zu Verstopfung ☐ Neigung zu Durchfall
Schlaf			
	☐ ungestört/gut ☐ Einschlafstörungen ☐ nur mit Schlafmittel		☐ Durchschlafstörungen ☐ frühes Erwachen ☐
Schwitzen			
	☐ Nein ☐ auch tagsüber		☐ Ja, nur nachts ☐
Allergien			
	☐ Heuschnupfen ☐ Insektenstiche		☐ Tierhaarallergie ☐

3. Familienanamnese

Kommen oder kamen in Ihrer Familie folgende Erkrankungen vor?
(Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder)

	Erkrankung	Wenn ja, beim wem?
☐	Diabetes mellitus	
☐	Bluthochdruck	
☐	Fettstoffwechselstörungen	
☐	Anfallsleiden	
☐	Herzerkrankungen	
☐	Schlaganfall	
☐	Krebserkrankungen	
☐	Seelische Erkrankungen	
☐	Suchterkrankungen	
☐	Selbstmorde	

4. Gynäkologische Anamnese

erste Regelblutung

Jahre

Regelblutung

☐ regelmäßig

☐ unregelmäßig

Menopause seit:

Schwangerschaften

Anzahl

Geburten

Anzahl

Fehlgeburten

Anzahl

Abbrüche

Anzahl

Nehmen Sie hormonelle Verhütungsmittel?

☐ Ja

☐ Nein

Operationen im gynäkologischen Bereich?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

Wann waren Sie zuletzt beim Frauenarzt?

5. Urologische Anamnese

Waren Sie bereits bei einem Urologen?

☐ Ja

☐ Nein

Datum	Beschwerden

Gab es in der Vergangenheit urologische Beschwerden?

Harnverhalt

☐ Ja

☐ Nein

Prostataentzündung

☐ Ja

☐ Nein

Hodenhochstand in der Kindheit

☐ Ja

☐ Nein

☐ Ja

☐ Nein

6. Vorsorgeuntersuchungen

Welche Vorsorgeuntersuchungen haben Sie bis jetzt wahrgenommen?

	Vorsorgeuntersuchung	Wenn ja, wann?
☐	Mammographie	
☐	Prostatauntersuchung	
☐	Hautcheck	
☐		

7. Suchtanamnese

Umgang mit Suchtstoffen (Alkohol, THC und illegalen Drogen)

Ein verantwortungsvoller Umgang mit Suchtmitteln ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie.

1. Im Falle einer bekannten Abhängigkeit

Ein nachweislicher, mindestens sechsmonatiger Substanzverzicht ist vor der Aufnahme erforderlich. Positive Kontrollen während des Aufenthalts führen zur sofortigen Entlassung.

2. Im Falle eines gelegentlichen Konsum

Alkohol und THC sind spätestens zwei Wochen vor der Aufnahme vollständig zu meiden.

Zuwiderhandlungen vor der Aufnahme können eine Aufnahme ausschließen. Ausnahmen sind nur nach vorheriger Rücksprache möglich.

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wieviel am Tag?

Alkoholkonsum ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wieviel und was? ☐ täglich ☐ Wein / Sekt

☐ gelegentlich ☐ Bier

☐ regelmäßig ☐ Schnaps

☐

Fällt es Ihnen schwer, während der Reha auf Alkohol zu verzichten? ☐ Ja ☐ Nein

Konsum weiterer Drogen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wieviel? ☐ Cannabis /Tag

☐ Ecstasy /Tag

☐ Kokain /Tag

☐ Crystal /Tag

☐

Sind bei Ihnen Entzugsbehandlungen durchgeführt worden? ☐ Ja ☐ Nein

8. Aktuelle Medikation

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, denken Sie bei Anreise bitte an einen aktuellen Medikationsplan ihres Hausarztes!

Medikament	Dosierung	früh	mittags	abends	zur Nacht

Wurden Ihnen in den letzten 5 Jahren andere Medikamente

regelmäßig verordnet?

☐ Ja

☐ Nein

Medikament	Mit welchem Erfolg?	Warum abgesetzt?

Gibt es bei Ihnen Lebensmittelunverträglichkeiten?

☐ Ja

☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in