

Patientenformular [Bitte vor Behandlungsbeginn in BLOCKSCHRIFT ausfüllen]

Stammdaten

Vorname	Nachname	Titel
Geburtsdatum	Sozialversicherungs-Nr.	
Straße, Nr.	PLZ, Wohnort	
Telefon	E-Mail	
Hausarzt	Überweisender Arzt	
Pension	ja	nein
Beruf (auch wenn pensioniert)		
Pflichtversicherung	ÖGK	SVS
	VAEB	BVA
	LKUF	KFG
	KFL	
	andere	

Gesundheitsdaten

Was ist Ihr **Hauptanliegen** für die Therapie?

Haben Sie Schmerzen?	nein	ja
Schmerzstärke	gering	massiv
Schmerzbeginn	0-2 Monate	2-12 Monate
Nachtschmerzen	nein	ja
Akute Infekte	nein	ja
Offene Wunden	nein	ja
Ich rauche	nein	ja, Zigaretten tägl.
Zuckerkrankheit	nein	ja
Bluthochdruck	nein	ja
Hohe Blutfette	nein	ja
Harnsäure (Gicht)	nein	ja
Schwindel	nein	ja
Atemnot in Ruhe	nein	ja
Geschwollene Beine	nein	ja
Allergien	nein	ja, welche:

Dieses Feld füllt nur
der Kurarzt aus!

Körpergröße cm
Körpergewicht kg
Blutdruck RR

Dauerdiagnosen

Therapierelevante Diagnosen

Welche Bewegungen oder sportliche Aktivitäten üben Sie aus?

Welche Erkrankungen haben oder hatten Sie?

NEIN JA

NEIN JA

Herzklappenfehler

Schlaganfall

Herzinfarkt

Durchblutungsstörung

Herzrhythmusstörung

Magengeschwür

Osteoporose

HIV-Infektion

Asthma / COPD

Nierenentzündung

Galleinstein

Gelenkentzündung

Nierensteine

Schilddrüsenüberfunktion

Tuberkulose

Hepatitis / Gelbsucht

Gefäßerkrankungen (z.B. PAVK, Thrombose)

Blasenentzündung

Stuhlverlust

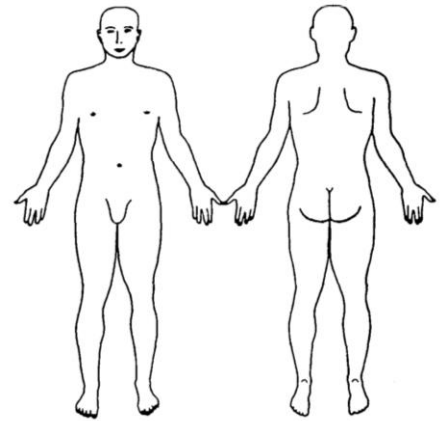
Schwellungen im Genitalbereich oder den Beinen

Blutungen

Chronische Verstopfung

Andere (bitte anführen)

Dieses Feld füllt nur
der Kurarzt aus!



Anmerkungen zu Erkrankungen

Hinweise für Therapie

Hinweise für Therapie

Welche Operationen oder Unfälle hatten Sie in der Vergangenheit?

Nennen Sie auch die Jahreszahl.

	NEIN	JA	JAHR		NEIN	JA	JAHR
Herzklappe				Künstlicher Ausgang			
Herz-Stent / Bypass				Gallensteine			
Halsschlagader				Magen			
Beinarterien				Darm			
Knie- oder Hüftgelenk				Gynäkologisch			
Schilddrüse				Prostata			
Brust				Krampfader			
Leistenbruch				Schwere Verletzung			
Andere							

Metallimplantate (z.B. künstliche Gelenke, Platten, Nägel, Stents, ...)

ja nein

Elektronische Geräte im Körper (z.B. Insulinpumpe, Schrittmacher, ...)

ja nein

Welche Hilfsmittel verwenden Sie zurzeit?

Rollator Krücken Rollstuhl Stock oder Stöcke

Wie haben Sie sich in den letzten 4 Wochen gefühlt?

(1 Kreuz pro Zeile) immer meist oft selten nie

voller Schwung

glücklich

ruhig und gelassen

müde

erschöpft

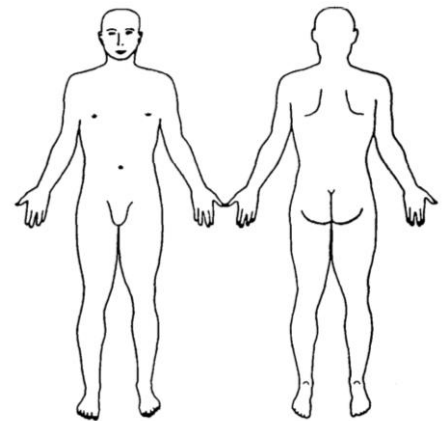
entmutigt

traurig

nervös

niedergeschlagen

Dieses Feld füllt nur der Kurarzt aus!



Anmerkungen zu OPs / Traumata

Hinweise für Therapie

Anmerkungen zu psycho-sozial

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

- | | |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Information zur Behandlung in Gmös

Unsere Pflichten (Behandler)

1. Sachgemäße therapeutische Behandlung und Speichern medizinischer Daten [§10 KAKuG]
2. Informationspflicht zu Ihren Behandlungen [§5 KAKuG]
3. Verschwiegenheitspflicht nach außen [§9 KAKuG]

Ihre Pflichten (Patient)

1. Mitwirkungspflicht (z.B. Heimübungen, Hygienerichtlinien, ...)
2. Informationspflicht: Vorerkrankungen, ärztliche Befunde
3. Bei Mooranwendungen: Kurarztuntersuchung
4. Begleichung der Therapiekosten nach Therapieende
5. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, sagen Sie diesen bitte mindestens 24h vorher ab (Email, Telefon, Sprachbox, WhatsApp). Andernfalls behalten wir uns vor, den Termin abzurechnen.

Wissenswertes

1. Wir sind zum Speichern Ihrer gesundheitsbezogenen Daten verpflichtet. Die Behandlungsqualität wird dadurch gesteigert.
2. Wir haben keinen Einfluss auf die Höhe der Rückerstattung für Therapieleistungen durch Ihre Krankenkasse.

Ich habe den Inhalt dieses Dokumentes verstanden und alle Fragen bestmöglich beantwortet. Ich stimme der therapeutischen Behandlung durch Mitarbeiter dieses Institutes zu.

Ihre Unterschrift

Name in BLOCKSCHRIFT

Datum

Dieses Feld füllt nur der Kurarzt aus!

Anmerkungen zu Medikamenten

Freigabe für Therapie

Moorbad	ja	nein
Moorpackung	ja	nein
Lymphdrainage	ja	nein
Heilmassage	ja	nein
Physiotherapie	ja	nein

Ergänzungen zur Freigabe

Unterschrift Kurarzt

Datum der Untersuchung