

Kontaktdaten

Anrede _____

Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Nation _____

Sprache _____

Adresszusatz _____

Strasse Hausnummer _____

Ort PLZ _____

Land _____

Damit Sie für unsere Ärzte auch nach Ihrem Aufenthalt erreichbar sind, bitten wir Sie folgende Daten zu vervollständigen:

Telefon _____

Fax _____

E-mail _____

Ankunft _____

Abreise _____

Behandelnder Arzt _____

Erstaufnahme _____

Aktualisierung _____



**1. Haben Sie schon einmal eine Therapie nach FX Mayr gemacht?
Falls ja, wo und wie lange mit welchem Erfolg:**

Jahr	Anzahl	Kurart	Anbieter	Bemerkung

Kur Verlauf allgemein:

**2. Krankheiten: Sind bei Ihnen derzeit Krankheiten bekannt?
Wenn ja, welche?**

Welche wesentlichen Krankheiten oder Unfälle sind bei Ihnen früher aufgetreten?

3. Krankenhausaufenthalte: Wurden Sie schon einmal stationär behandelt?

Jahr	Grund



4. Aktuelle Befindungsstörungen

- Chronische Müdigkeit
- Juckreiz
- Durch- Einschlafstörungen
- Hautausschläge
- Ohrgeräusche, seit wann _____
- Sodbrennen
- Schwindelneigung
- Magendruck
- Vermehrtes Schwitzen
- Blähungen
- Stimmungsschwankungen
- andere Verdauungsbeschwerden
- Konzentrationsmangel
- Herzrasen
- Kalte Füße
- Herzstolpern
- Kurzatmigkeit Druck auf der Brust: ° bei Anstrengung ° in Ruhe

Sonstige _____

- keine aktuellen Beschwerden

5. Vorsorge

Gab es bei Ihnen außergewöhnliche Gewichtsveränderungen in letzter Zeit?
Besteht eine Heiserkeit, wenn ja seit wann _____

Haben Sie eine ungewöhnliche Veränderung Ihres Körpers bemerkt, wenn ja
wo _____
seit wann _____



6. Schmerzen: Haben Sie öfters Schmerzen?

Wenn nein, fahren Sie bitte mit Nr. 7 fort.

Wenn ja zeichnen Sie bitte den Schmerzort ein, gegebenenfalls mit Pfeilen in Richtung der Schmerzausstrahlung:

- Ja
- Nein

Seit wann haben Sie diese Schmerzen? _____

Wie oft treten Ihre Schmerzen zurzeit auf?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich

Haben sich Ihre Schmerzen im Laufe der Zeit geändert?

- verbessert
- verschlimmert

Bringen Sie die Schmerzen mit einem bestimmten Ereignis oder einer Tätigkeit in Verbindung?

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

Machen Sie bitte ein Kreuz an der Stelle der Skala, die der Stärke Ihrer Schmerzen entspricht:
(1 = sehr schwach / 10 = sehr stark)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Allergien: Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Wenn ja auf:

- Antibiotika
- Röntgenkontrastmittel
- Lokalanästhetika (beim Zahnarzt)
- Sonstige _____



8. Immunsystem

Infekte _____ pro Jahr

mit Fieber: JA **oder** NEIN

bekannte Lymphknotenschwellungen: _____ ständig **oder** wechselnd

9. Diagnostik: Wurden folgende Untersuchungen bei Ihnen in letzter Zeit durchgeführt?

- Röntgen

Welche Körperregionen?

- Röntgenuntersuchung der Lunge (Rö-Thorax)
- Vor wie vielen Jahren? _____
- Magenspiegelung
- Darmspiegelung
- Computertomogramme, Kernspintomogramme (CT, MR)
- Nuklearmedizinische Diagnostik (Szintigraphien)

Falls bekannt, nennen Sie bitte Ihre Blutgruppe: _____

10. Medikamente:

Welche Medikamente oder Zusatzmittel (z.B. Nahrungsergänzungs- oder Vitaminpräparate) nehmen Sie zurzeit?

Produktname	Dosierung

Haben Sie früher häufig folgende Medikamente eingenommen?

- Cortison
- Antibiotika
- Längerfristig Schmerzmittel

11. Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie (Blutsverwandtschaft) folgende Krankheiten aufgetreten? Bei wem?

Hoher Blutdruck _____
Herzinfarkt _____
Schlaganfall _____
Diabetes _____
Thrombosen/Lungenembolien _____
Bösartige Erkrankungen _____

12. Sozialanamnese:

- verheiratet
 - ledig
 - geschieden
- Anzahl der Kinder: _____

13. Ernährungsprofil:

Essverhalten

Haben Sie ein regelmäßiges Frühstück? JA oder NEIN
Haben Sie ein regelmäßiges Mittagessen? JA oder NEIN
Wann haben Sie Ihre Hauptmahlzeit? _____

Wieviel Zeit nehmen Sie sich für die Nahrungsaufnahme?

Frühstück _____ min

Mittagessen _____ min

Abendessen _____ min

Nehmen Sie oft Zwischenmahlzeiten ein (auch Kaffeegebäck etc.)? JA oder NEIN

Haben Sie manchmal Heißhunger auf Süßes? JA oder NEIN

Wie oft nehmen Sie an einem Geschäftsessen teil _____ pro Woche

Nahrungsmittel

Mögen Sie Milch? JA oder NEIN

Haben Sie eine regelrechte Abneigung gegen Milch? JA oder NEIN

Vertragen Sie folgende Lebensmittel schlecht?

- Käse
- Rotwein
- Rohkost
- Früchte
- Sonstige



Aus welchen Nahrungsmitteln besteht Ihre Ernährung im Allgemeinen:

Frühstück _____
Mittagessen _____
Abendessen _____

Flüssigkeit

Wieviel Flüssigkeit pro Tag trinken Sie? _____ Liter, davon:
_____ Liter Wasser oder Kräutertee
_____ Tassen Kaffee
_____ Gläser Bier/Wein

Nikotin
Art: _____ / _____ Menge pro Tag

14. Bewegungsprofil

Wie viel submaximale Bewegung haben Sie (körperliche Belastung bei der man sich gerade noch unterhalten kann und gerade anfängt zu schwitzen z.B. strammes Gehen, Fahrradfahren, auch Treppen gehen, etc.)?

Minuten pro Tag:

Auf wie viel Meter schätzen Sie Ihre tägliche Gehstrecke insgesamt?
Betreiben Sie eine Sportart? _____ Wie oft?
Wie viele Stunden pro tag verbringen Sie in sitzender Position?
Wie viele Minuten verbringen Sie insgesamt täglich im Freien?

15. Stressprofil

Tägliche Arbeitszeit _____ Stunden
Gibt es regelmäßige Mittagspausen > 45 min. JA **oder** NEIN

Wie viel kleine Pausen (bis 10 Min.) haben Sie im Alltag? _____
Wie viele Stunden schlafen Sie täglich? _____ Stunden
Wie viele freie Tage pro Woche haben Sie? _____ Tage

Wie viele Wochen Urlaub haben Sie im Jahr? _____ Wochen

Wann war der letzte Urlaub > 1 Woche? _____

Sind Sie ständig erreichbar? JA **oder** NEIN

Wie oft gehen Sie in Theater, Kino o. ä. pro Monat _____ pro Monat

Wieviel Zeit verbringen Sie schätzungsweise im Alltag mit Ihrer Familie? _____ Stunden / Tag



Wie viele Minuten verbringen Sie zusätzlich mit außerberuflichen sozialen Kontakten?

_____ Minuten / Tag

Die Anforderungen in meinem Tätigkeitsbereich werden:

- unverändert bleiben
- ansteigen
- stark ansteigen

Am Abend oder am Wochenende schmiede ich noch berufliche Pläne.

- Ja. Trifft auf mich zu.
- Ab und zu.
- Nein. Trifft nicht auf mich zu.

16. Fragen zur Konstitution

Körpergröße: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Schlafen Sie (auch im Winter) eher bei:

- offenem Fenster
- geschlossenem Fenster

Welche Vorgehensweise würden Sie im Zweifel bevorzugen?

- eine rasche Entscheidung
- eine gut durchdachte, langfristige Analyse
- ein Vorgehen im Konsens mit allen Beteiligten

Welche Freizeitaktivität würden Sie besonders bevorzugen?

- Sport
- Ein Essen mit Freunden
- Konzertbesuch

19. Persönliche Gesundheitsziele

Falls Sie möchten, können Sie persönliche Ziele für Ihre körperliche und mentale Gesundheitssituation benennen (z.B. Fitness, Gewicht, Bewegung, Ernährung, Ausstrahlung, Stressverhalten, etc.).

Kurzfristige Ziele:

Langfristige Ziele:



Andere Informationen, die Sie im Vorfeld für wichtig erachten:

