

Bitte senden Sie diesen Selbstauskunftsbogen innerhalb der nächsten 10 Tage zurück an:

Dt. Arbeitskreis für Familienhilfe e. V., Im Eck 3, 79199 Kirchzarten
oder per Mail an: belegung-se@ak-familienhilfe.de

Fachklinik:	Anreise-Datum:
--------------------	-----------------------

Selbstauskunft - Erwachsene

Name:	Vorname:
-------	----------

Handy-Nr.:
E-Mail-Adresse:

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Nehmen Sie Medikamente ein oder wenden Sie welche an (inkl. Cremes/Salben)? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, Name des Medikaments, Dosierung, Einnahmerhythmus?

Starkes Übergewicht (Adipositas) ☐ ja ☐ nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzklappendefekt) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankung der Atemwege ☐ ja ☐ nein

(z. B. schweres Asthma bronchiale, hyperreagibles Bronchialsystem)

Wenn ja, welche? _____

Diabetes mellitus ☐ ja ☐ nein

→ Insulinpflichtig ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, letzter HbA1c-Wert: _____

Nierenerkrankung ☐ ja ☐ nein

→ Dialysepflichtig ☐ ja ☐ nein

Lebererkrankung (z. B. Hepatitis) ☐ ja ☐ nein

Entzündliche Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Rheumatologische Erkrankungen (z. B. entzündliches Gelenkrheuma) ☐ ja ☐ nein

Name:	Vorname:
-------	----------

Krebserkrankung ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Geschwächtes Immunsystem durch Erkrankung oder aktuelle Therapie (z. B. Chemotherapie) ☐ ja ☐ nein

Autoimmunerkrankung (z. B. Hashimoto-Thyreoiditis) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, die die Immunabwehr unterdrücken? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? (z. B. Cortison, MTX) _____

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige, bisher nicht genannte schwere Vorerkrankungen ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Depression ☐ ja ☐ nein

Ängste ☐ ja ☐ nein

Schwangerschaft ☐ ja ☐ nein

_____ SSW

Gynäkologische Atteste und der Kontakt mit der ärztlichen Leitung sind erforderlich!

An welchen Arzt soll der Entlassungsbericht gesandt werden? Bitte nennen Sie uns die Adresse:

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Ich habe keine Bedenken anzureisen.

Datum

Unterschrift Patientin / Patient