

# Sanatorium Schlossberghof GmbH

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	Geburtsdatum
Postleitzahl, Ort	
Arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. seit _____ wegen: _____	

<b>Diagnosen (in der Reihenfolge ihrer aktuellen Bedeutung – möglichst als Diagnose)</b>
1.
2.
3.
4.
Sonstige:

Therapeutische Maßnahmen				
	Zuletzt ambulant durchgeführt			Welche Behandlungen würden Sie sich wünschen?
	Von – bis	Anzahl	Erfolg	
<input type="checkbox"/> manuelle Therapie			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bewegungstherapie			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sporttherapie			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rückenschule			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inhalationstherapie			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie (Gesprächstherapie)			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Migränetherapie			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kiefergelenktherapie			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kneipp'sche Anwendungen			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medizinische Vollbäder			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wärmeanwendungen (Packungen, Heiße Rollen etc.)			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Elektrotherapie			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lymphdrainage			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sonstige Maßnahmen			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik im Wasser			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> intuitives Bogenschießen			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sturzprophylaxe			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nordic Walking			Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Derzeitige Medikamente	Größe	Gewicht
------------------------	-------	---------

Meine Hilfsmittel: z. B.

Rollator/Rollstuhl       Schlafmaske       Sauerstoffgerät       \_\_\_\_\_

Meine Anforderung an das Zimmer:

Sauerstoffkonzentrator       Toilettenaufsatz       Rutschsicher Dusche       \_\_\_\_\_

Meine Anforderung an die Ernährung:

Gluten frei       Lactose frei       Diabetiker       \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift