

**Medizinische Angaben**

**TOMESA Fachklinik F & M GmbH**

**für Privatgäste**

36364 Bad Salzschlirf, Riedstraße 19  
Telefon: (06648) 55-0  
Telefax: (06648) 55-6127  
www.tomesa-fachklinik.de,  
info@tomesa-fachklinik.de

**Vom Gast auszufüllen:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon priv.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon dienstl.: \_\_\_\_\_

Bereits vereinbarter Zeitraum Ihres Aufenthaltes: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Benötigen Sie ein Bett über 200 cm?  Ja Körpergröße \_\_\_\_\_ cm.

**Nachfolgend bitten wir Sie um einige Angaben bezüglich Ihrer vorliegenden Erkrankungen:**

Bitte füllen Sie nur den für Sie zutreffenden Bereich aus!

**1. Hauterkrankung:**

An welcher Erkrankung leiden Sie? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Allergie, Heuschnupfen oder Asthma? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Welche Allergie besteht? \_\_\_\_\_

(Allergiepass, falls vorhanden, bitte mitbringen)

Wurden Sie wegen Ihrer Haut- und/oder Gelenkerkrankung schon stationär behandelt?  ja  nein

Wenn ja:

Jahr	z.B. Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Totes Meer	erfolgreich? ja / nein	Wieviele Monate erschei- nungsfrei?

**2. Gelenk- und Wirbelsäulenbeschwerden:**  ja  nein

In welchen Gelenken oder Wirbelsäulenbereichen bestehen Beschwerden bzw. Veränderungen und seit wann? \_\_\_\_\_

Wurden spezielle Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt? \_\_\_\_\_

Erfolgte bisher eine stationäre Behandlung?

Jahr	z. B. Krankenhaus, Reha-Einrichtung	erfolgreich? ja / nein	Wie viele Monate Besse- rung der Beschwerden?

### 3. Weitere Erkrankungen

In welchem Jahr litten Sie an einer ernsthaften Krankheit oder wurden operiert?

---

---

Sind Sie z. Zt. wegen einer Erkrankung in ständiger ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Bitte Name des Arztes, Anschrift, Fachrichtung und Behandlungsgrund angeben sowie kurzen

Befundbericht mitbringen: \_\_\_\_\_

---

---

Sind Sie z. Zt. in psychotherapeutischer/psychologischer Behandlung?  ja  nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein, z.B. Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, Kreislaufmittel?  
(Bitte diese Medikamente mitbringen)

---

---

### 4. Weitere Angaben bezüglich Ihrer Gesundheit

Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit?

nein  ja - an welcher? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen ein Anfallsleiden bekannt?  nein  ja

Leiden Sie an chronischen Krankheiten (z.B. Herzschwäche, Diabetes, Bluthochdruck)?  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sofern möglich, bringen Sie bitte ärztliche Unterlagen über Ihre bei uns zu behandelnden Erkrankungen sowie aktuelle Untersuchungsbefunde und evtl. Röntgenbilder mit.

Voraussetzung für Ihren Gesundheitsaufenthalt ist, dass bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen vor Antritt ärztlicherseits abgeklärt worden und wir über das Ergebnis informiert worden sind. Bei Ihnen sollte ein Gesundheitszustand bestehen, der mit einer Kurfähigkeit vereinbar wäre. Ihr Gesundheitszustand sollte Ihnen ermöglichen, selbständig die gebuchten Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu können.

Die telefonische Erreichbarkeit der nächsten Angehörigen, um deren Angabe wir nachfolgend bitten, ist im Notfall in Ihrem eigenen Interesse.

---

---

**5. Kontraindikationen** für einen Aufenthalt in unseren Fachkliniken sind insbesondere:

- nicht medikamentös eingestellte Anfallsleiden
- entgleiste oder schwer fühzbare Stoffwechselerkrankungen
- akute Suchtproblematik
- schwere psychische Erkrankungen
- Pflegebedürftigkeit
- Schwangere ab 8. Monat
- Erkrankungen des Immunsystems

**Anmerkung: Bitte fragen Sie gegebenenfalls Ihren behandelnden Arzt, ob gegen die von Ihnen gewünschten Therapien Bedenken bestehen!**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Gastes \_\_\_\_\_

**Wichtig: Bitte senden Sie uns diesen Vordruck möglichst umgehend zurück.**

Vorab besten Dank  
TOMESA Fachklinik