

Gesundheitsfragebogen



Persönliche Angaben :

Patientenetiketten hier aufkleben

Name :		Geschlecht : W ☐ M ☐
Vorname :		Geburtsdatum :
Adresse :		Zivilstand :
PLZ / Ort :		Hausarzt :
Telefon-Nr :		

Patientenverfügung : ☐ Nein ☐ Ja (eine Kopie beifügen)

Ess- und Trinkgewohnheiten :

☐ Vegetarisch	☐ Laktosefrei	☐ Glutenfrei
☐ Ohne Fisch	☐ Ohne Meeresfrüchte	☐ Ohne Schwein
☐ Nahrungsmittelallergien oder -Intoleranz :		
☐ Spezieller Ernährungsplan :		

Schlafstörungen :

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland hospitalisiert : ☐ Ja ☐ Nein

Lebensweise / Autonomie :

☐ Lebt allein	☐ Sturzgefährdet	
<u>Gehen :</u>		
☐ Selbständig	☐ Gehstöcke / Gehgestell / Rollator	☐ Rollstuhl
<u>Körperpflege :</u>		
☐ Selbständig	☐ Benötigt Hilfe	
<u>Medikamenteinnahme :</u>		
☐ Selbständig	☐ Hilfe bei der Zubereitung	☐ Hilfe beim Einnehmen
☐ Oxygen	☐ Anderes :	

Psychologische Unterstützung / soziales Umfeld :

Medikamente :

Medikament :	Morgens :	Mittages :	Abends :	Nachts :

☐ Medikamentallergie oder -Intoleranz :

Version Juni 2025

Bitte senden Sie uns den Fragebogen in Blockschrift, vollständig ausgefüllt, vor Ihrem Aufenthalt zurück. Vielen Dank !

Tel : 027 472 51 01 – Fax : 027 472 50 11 – Email : reha@lbcl.ch