

Paracelsus-Elena-Klinik
Zentrales Patientenmanagement
Klinikstraße 16
34128 Kassel

Fragebogen zur Durchführung stationären Heilfastens in der Paracelsus-Elena-Klinik Kassel

Vielen Dank, dass Sie sich für unser Fastenangebot in der Paracelsus-Elena-Klinik Kassel interessieren. Unser Programm besteht aus einem 16-tägigen stationären Aufenthalt mit 7 Fastentagen sowie Vor- und Nachbereitungstagen. Sie sollten so fit sein, dass Sie an unserem Therapieprogramm (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Nordic Walking u.v.m.) gut teilnehmen können, da wir ein ganzheitliches Fastenkonzept verfolgen.

Ihre Gesundheit steht an erster Stelle, deshalb bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten, denn bei manchen Gewohnheiten, Vorerkrankungen oder Vormedikationen, muss auch schon vor Ihrer Anreise etwas vorbereitet oder angepasst werden.

Sobald wir diesen Fragebogen ausgefüllt zurück haben, setzen wir Sie auf unsere Interessentenliste und wir informieren Sie, wenn neue Fastenrunden starten.

1. Persönliche Daten

Name, Vorname	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Handynummer:	
ggf. E-Mail-Adresse oder Fax:	

2. Name, Adresse und Telefonnummer der/des nächsten Angehörigen:

.....

.....

.....

3. Unterbringung in unserem Haus:

- Unterbringung in einem 3-Bett-Zimmer mit Nasszelle
(übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung)

Zusätzliche Wahlleistungen

Wahlleistungen werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen!
Bitte kreuzen Sie einen Kostenträger an, da Ihre Wünsche sonst nicht berücksichtigt werden können.

1. Wahlärztliche Leistung (Chefarztwahl)

- Selbstzahler Private Krankenversicherung

2. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit Dusche und WC

- Selbstzahler Private Krankenversicherung

3. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit Dusche und WC

- Selbstzahler Private Krankenversicherung

4. Name, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes/der Hausärztin und des Neurologen/der Neurologin:

Hausarzt/Hausärztin:	Neurologe/Neurologin:

Die notwendige Krankenhauseinweisung Ihres Arztes/Ihrer Ärztin bringen Sie bitte am Aufnahmetag mit.

Bitte beachten Sie, dass die Bearbeitung Ihrer Unterlagen erst nach Eingang beider Fragebögen erfolgen kann.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.

.....
Datum, Unterschrift

Fragebogen für fasteninteressierte Parkinson-Erkrankte

Allgemeine Informationen

Wie alt sind Sie? _____

Wie groß sind Sie? _____

Wie schwer sind Sie? _____

Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren? Ja Nein

Seit wann ist Ihr Parkinson diagnostiziert? _____

Wurde eine Demenz diagnostiziert? Ja Nein

Haben Sie mal Dinge gesehen, die nicht da sind?
(Trugwahrnehmungen/Halluzinationen) Ja Nein

Fastenrelevante Gewohnheiten

● **Rauchen** Sie? Ja Nein
Falls ja, wie viel? _____

● Trinken Sie regelmäßig **Alkohol** (>3 Gläser Wein/Bier pro Woche)
Falls ja, wie viel? _____ Ja Nein

● Trinken Sie regelmäßig **koffein- oder teehaltige Getränke**
(Kaffee, Schwarzer/Grüner Tee, Energy Drinks)? Ja Nein
Falls ja, wie viel? _____

● Ernähren Sie sich **vegetarisch/vegan**? Ja Nein

● Haben Sie bereits **Fastenerfahrung**? Ja Nein
Falls ja, was und wann? _____

● Haben Sie **Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien**? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

● Haben Sie **Probleme mit dem Schlucken**? Ja Nein

● Leiden Sie an **Schwindel/Kopfleere**, wenn Sie sich
schnell aus dem Sitzen oder Liegen aufrichten? Ja Nein
*Falls ja, sind Sie mal ohnmächtig oder
fast ohnmächtig nach dem Aufrichten geworden?* Ja Nein

● Für Frauen: Könnten Sie **schwanger** sein oder werden? Ja Nein

Fastenrelevante Vorerkrankungen

- Haben oder hatten Sie **Migräne** (auch früher)? Ja Nein
Falls ja, was hilft/hat geholfen? _____
- Ist bei Ihnen eine **Gicht** bekannt, hatten Sie mal einen Gichtanfall oder ist eine **Erhöhung der Harnsäure** im Blut (Hyperurikämie) bekannt? Ja Nein
- Sind Sie mal wegen einer **Essstörung** behandelt worden (z.B. Bulimie, Anorexia nervosa)? Ja Nein
- Sind Sie in **psychiatrischer/psychologischer Behandlung**? Ja Nein
Falls ja, weshalb? _____
- Ist bei Ihnen eine **Epilepsie** bekannt? Ja Nein
Falls ja, wie wird sie behandelt? _____
- Besteht eine **schwere Nieren- oder Lebererkrankung**? Ja Nein
- Sind oder waren **Gallensteine** bekannt?
Falls ja, hatten Sie einmal eine Gallenkolik? Ja Nein
Falls ja, ist die Gallenblase entfernt worden? Ja Nein
- Ist bei Ihnen ein **Diabetes (Zuckerkrankheit)** bekannt? Ja Nein
Falls ja, wie wird dieser behandelt? _____
- Ist bei Ihnen ein **Bluthochdruck** bekannt? Ja Nein
Falls ja, wie wird dieser behandelt? _____
- Ist eine **Erkrankung der Schilddrüse** bekannt? Ja Nein
Falls ja, ist diese zufriedenstellend behandelt?
- Hatten Sie mal einen **Schlaganfall**? Ja Nein
- Bestehen **Erkrankungen des Herzens** (Herzrhythmusstörung, Herzgefäßerkrankung z.B. Koronare Herzkrankheit - KHK)? Ja Nein
- Besteht eine **Blutarmut**? Ja Nein
- Hatten Sie mal eine **Netzhautablösung**? Ja Nein
- Sind **Magengeschwüre** bekannt? Ja Nein
- Sind **Erkrankungen des Darmes** bekannt (Reizdarm, chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)? Ja Nein

Spezielle Medikamente

- Nehmen Sie **Blutverdünner**? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
- Nehmen Sie **Medikamente gegen Epilepsie**? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
- Nehmen Sie **Blutdruckmittel** oder **Wassertabletten**? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
- Nehmen Sie **Immunsuppressiva** (z.B. Cortison, Prednisolon)? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
- Nehmen Sie **Kontrazeptiva** (die „Pille“)? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
- Nehmen Sie **Schmerzmittel**? Ja Nein
Falls ja, welche? _____