

Ingo Brandt

Arzt für Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren / Chirotherapie
Osteopathie / Sportmedizin
Neuraltherapie / Akupunktur

Tibor Meschede

Arzt für Allgemeinmedizin
Chirotherapie / Osteopathie
Palliativmedizin

Dr. Silke Petersen

Ärztin für Allgemeinmedizin



Waldstraße 14 · 31848 Bad Münster

Telefon 0 50 42 / 9 32 50

Telefax 0 50 42 / 93 25 11

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Krankenversicherung: _____

Sozialanamnese

Familienstand: _____ Kinder: Ja Nein

Sind Sie berufstätig?: Ja Nein Wenn ja, was: _____

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht Mutter Vater

Sport: _____

Allgemeine Angaben

Größe: _____ Gewicht: _____

Pflegegrad: Keinen 1 2 3 4 5

Schwerbehindertenausweis: Ja Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: _____ nicht mehr seit: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel: _____

Welcher Hausarzt/ Kinderarzt hat Sie bisher betreut? : _____

Haben Sie am Hausarztvertragssystem der Krankenkassen teilgenommen?:

Ja Nein

Haben Sie am DMP-Programm (Diabetes, Asthma, COPD, KHK) teilgenommen?:

Ja Nein

Medizinische Anamnese

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck Ja Nein _____

Herzerkrankungen Ja Nein _____

Herzinfarkt Ja Nein _____

Schlaganfall Ja Nein _____

Durchblutungsstörungen der Beine	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Fettstoffwechselstörungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Tumorerkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Lebererkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Bluterkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Augenerkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Psychische Erkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Operationen/ Unfälle	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Allergien (auch Medikamente)	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Wenn ja, welche	<input type="text"/>				

Sonstiges:

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Wann?

Herzkatheter	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Darmspiegelung	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Gesundheits Check-Up (ab 35J.)	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Herzerkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Schlaganfall	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Tumorerkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Bluterkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Sonstiges

Gibt es bei Ihnen noch einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

Datum, Unterschrift