

Fragebogen zu Ihrer Gesundheit

Angaben zur/m Patientin/en:

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Straße, Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon, privat:

Telefon, geschäftlich:

Beruf:

E-Mail:

Bei Kindern (bitte unbedingt angeben):

Name (der/s Hauptversicherten): Vorname:

Geb.-Datum:

Wie sind Sie versichert?

Selbstzahler

Private Krankenkasse

bei _____

Private Zusatzversicherung

beihilfeberechtigt (zu _____ %)

bei _____

Aus welchem Grund kommen Sie zu mir?

**Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?
(Zeitpunkt und Art der Erkrankung?)**

<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf (z.B. Infarkt, Bluthochdruck):
<input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien (z.B. Asthma, COPD):
<input type="checkbox"/> Verdauungsapparat (z.B. Gastritis, Reizdarm, Leber, Gallenblase):
<input type="checkbox"/> Haut (z.B. Narben, Warzen, Neurodermitis):
<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (z.B. Rheuma, Gelenkbeschwerden, Wirbelsäule):
<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen:
<input type="checkbox"/> Niere / Blase (z.B. Nierensteine):
<input type="checkbox"/> Hormonelle Störungen (z.B. Schilddrüse, Wechseljahre):
<input type="checkbox"/> Allergien (z.B. Hausstaub, Heuschnupfen, Nahrungsmittel):
<input type="checkbox"/> Geschwächtes Immunsystem:
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen:
<input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes, Cholesterin):

Andere Erkrankungen?

nein

ja. Wenn ja, welche?

--

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle? nein ja. Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja. Wenn ja, welche?
(Bitte geben Sie auch Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, pflanzliche und homöopathische Mittel, Abführmittel, Schmerzmittel, Pille oder andere Hormone an.)

Gibt es Behandlungen, Medikamente (z.B. Narkosen, Antibiotika, Impfungen) oder Anwendungen, die Sie nicht vertragen haben? nein ja. Wenn ja, welche?

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Rauchen Sie? nein ja

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja

Wie ernähren Sie sich? Mischkost Vollwertkost
 Vegetarisch Vegan Diät (_____)

Wie viel Liter (Wasser, Saft, Tee, etc.) trinken Sie täglich? _____

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen und das Datenschutzformular ausgefüllt zum Ersttermin mit! Vielen Dank!