



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen
auszufüllen.

Persönliche Daten

Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

mobil _____

email _____

Familienstand/Kinder _____

Beruf/Tätigkeit _____

Freizeitaktivitäten/Sport, wenn ja, was, wie oft? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wann und weshalb waren Sie zuletzt dort? _____

Wie sind Sie krankenversichert?

- privat
- gesetzlich
- Beihilfe

Wie groß sind Sie: _____

Wie viel wiegen Sie _____

Gab es in letzter Zeit Gewichtsveränderungen _____

Welche Beschwerden führen Sie in meine Praxis?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, welche und in welcher Dosierung? _____

Gab es unmittelbar vor dem ersten Auftreten dieser Beschwerden Auffälligkeiten? (z.B. Erkrankung, Operation, Schreck, Trauer, Hautausschläge, Medikamenteneinnahme, Impfungen)

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann?

Ja Nein

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- angeborene oder erworbene Herzerkrankung
- Schlaganfall
- Zuckererkrankung
- erhöhte Cholesterinwerte
- Lungenerkrankungen (Asthma, chron. Bronchitis, Tuberkulose, Lungenentzündung)
- Thrombose oder Lungenembolie
- chronische Infektionserkrankungen
- Blutungsstörungen, Blut-Erkrankungen
- Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)
- Krampfleiden, andere Nervenleiden
- Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen)
- Operationen/Unfälle
- Neurodermitis
- Allergien (Pollen, Lebensmittel, Medikamente)
- Sonstige Erkrankungen

Allgemeine Anamnese

- Rauchen Sie oder haben Sie geraucht, wenn ja seit wann, wie viel?
- Trinken Sie gelegentlich oder regelmäßig Alkohol, wie viel?
- Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten, Stimmungsaufheller oder Drogen ein, wenn ja, wie viel?
- Besteht ein Impfschutz gegen Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie, Polio, Tuberkulose, Hepatitis, FSME (Zecken), Grippe?
- Welche Auffrischimpfungen haben Sie bekommen/wann?
- Gab es Reaktionen auf Impfungen (Fieber, Unruhe, Muskelschmerzen, Schlaflosigkeit o.ä), welche?

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen bekannt:

- Bluthochdruck
- Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine
- Zuckererkrankung
- Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen)
- Sonstige Erkrankungen

Ernährung/Gesundheit

Leben Sie nach einer bestimmten Ernährungsweise, wenn ja, welche?

Wie sind Ihre Ernährungsgewohnheiten?

Morgens _____

Mittags _____

Abends _____

Zwischenmahlzeiten _____

Was tun Sie, um Ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen?

Für Patientinnen

- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, seit wann?
- Nehmen Sie eine Anti-Baby-Pille?
- Ist Ihre Monatsblutung regelmäßig?

Datum _____

Unterschrift _____