



Allgemeinmedizinische Praxis am Homburg

Akupunktur • Reisemedizin • Gelbfieberimpfstelle • Naturheilverfahren • Homöopathie
Ernährungsmedizin • Gesundheitsförderung und Prävention

PATIENTENFRAGEBOGEN

Danke, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Wir freuen uns darauf, Sie zu behandeln. Je mehr wir von Ihnen wissen, desto einfacher und sicherer ist die Behandlung. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so gut es Ihnen möglich ist aus. Unverständliche Fragen lassen Sie einfach weg. Wir können sie gerne zusammen im Gespräch klären.

Name, Vorname _____ **Geburtsdatum** _____
Straße _____ **PLZ/Ort** _____
Beruf _____ **Beschäftigt bei** _____
Tel. (privat) _____ **Tel. (geschäftlich)** _____

Personenstand alleine lebend mit Partner und oder Kindern lebend verwitwet

Hobbys _____

Ich wünsche mir von meiner Hausarztpraxis

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Name _____	Dosis _____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht
Name _____	Dosis _____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht
Name _____	Dosis _____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht
Name _____	Dosis _____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht
Name _____	Dosis _____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht
Name _____	Dosis _____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht

Sonstige

Beeinträchtigungen **Behinderungen** Grad _____
Schwerbehinderung _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit

Unfälle Welche? _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>

Operationen? Keine

Blinddarm	<input type="checkbox"/>
Mandeln	<input type="checkbox"/>

Sonstige _____

Leiden Sie an folgenden Krankheiten oder Krankheitsfolgen?				
Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass sie eine starke Beeinträchtigung erleben.				
Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs Welche Erkrankung: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Schlaganfall, Nervenlähmung, Polyneuropathie Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose, Lungenentzündung Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Erkrankungen von Herz und Kreislauf z.B. Koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Herzklappenfehler, Herzschrittmacher, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma, Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, Embolie Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Magen-Darmerkrankungen z.B. Magenschleimhautentzündung, Sodbrennen, Refluxkrankheit, Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Zustand nach Magen-Darm-Blutung, Verstopfung, chronischer Durchfall, Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Hepatitis, Leberzirrhose, Gallenkoliken, Bauchspeicheldrüsenentzündung Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Nierenschwäche, Blasenentzündung, Blasen Schwäche, Endometriose, Sexualstörungen, Nierensteine, Prostatavergrößerung Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörung, Harnsäureerhöhung, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Hauterkrankungen z.B. Schuppenflechte, Nesselsucht, Ekzem, Weißfleckenkrankheit (Vitiligo) Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes z.B. Ischias, Bandscheibenvorwölbung, Bandscheibenvorfall, Chronische Polyarthrit, Morbus Bechterew, Skoliose, Osteoporose, Arthrose von Knie, Hüft- oder Schultergelenk, Zustand nach Knochenbruch Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Magersucht, Ess-Brechsucht (Bulimie), Esssucht (Binge-eating-disorder), chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Augenerkrankungen z.B. grüner Star (Glaukom), grauer Star (Katarakt), Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Lesebrille Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Ohrenerkrankungen z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Taubheit, Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]
Risikofaktoren z.B. Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	<input type="checkbox"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3]	starke [3]

Allergien Nein Ja (Wenn ja, welche?)Penicillin Aspirin - ASS Pflaster Pollen Tierhaare Hausstaubmilben Metalle Nahrungsmittel

Wenn ja, welche? _____

Sonstige _____**Familien-
vorgeschichte**Bluthochdruck Blutzuckerkrankheit Fettstoffwechsel Herzinfarkt Asthma Krebs

Wenn ja, welcher? _____

Sonstige _____**Vegetative
Anamnese**

Durst

 Normal Vermehrt Vermindert

Appetit

 Normal Vermehrt Vermindert

Stuhlgang

 Normal Verstopfung Durchfall

Wasserlassen

 Normal Schwierigkeiten Inkontinenz Nachts öfter als 1 - 2 mal

Gewicht

 Konstant Zunahme Abnahme

_____ Kilogramm in _____ Monaten

Schlaf

 Normal

Schlafstörung:

 Einschlafen DurchschlafenMir ist sehr oft kalt Mir ist sehr oft warm Ich schwitze übermäßig Ich habe oft Kopfschmerzen **Psychische
Situation**Ich fühle mich gestresst Ich fühle mich überwiegend wohl und zufrieden **Zigaretten** Nein Ja

Wenn ja, wie viele am Tag? _____

Seit wann _____

Alkohol Nein Ja

Wenn ja

 Täglich Ab und Zu

Was? _____

Wie viel? _____

Bei Patientinnen

- Schwangerschaften
Geburten
Antibabypille / Hormonersatz in den Wechseljahren
Monatsblutungen Regelmäßig Nein Ja
 Schmerzhaft Nein Ja

Körpergröße (in cm) _____ Gewicht (in kg) _____

- Ich besitze Impfschutz gegen
- Tetanus
 - Diphtherie
 - Polio
 - Tuberkulose
 - Masern
 - Mumps
 - Röteln
 - Windpocken
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - FSME

Wann war der letzte Check-up

- Letzte Röntgenuntersuchung Herz/Lunge war wann? Monat/Jahr _____ nie
Letzte Darmspiegelung war wann? Monat/Jahr _____ nie
Letzte Magenspiegelung war wann? Monat/Jahr _____ nie
Letzte Mammographie war wann? Monat/Jahr _____ nie
Letzte Echokardiographie (Herzultraschall) war wann? Monat/Jahr _____ nie
Letzter Gynäkologie/Urologie Check-up war wann? Monat/Jahr _____ nie
Letzter Zahnarzt Check-up war wann? Monat/Jahr _____ nie

Uns interessiert es, wie Sie zu uns kamen

- durch Empfehlung von: _____
- Telefonbuch
- Sonstiges _____

Privatpatienten

Ich bin versichert bei:

Rechnung soll geschickt werden an:

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt.