

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren medizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie auch bitte unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten sie Rückfragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patient:			
	Name	Vorname	geb.

Versicherter:			
	Name	Vorname	geb.

Anschrift:			
	Straße, Nr.	PLZ, Wohnort	Tel.

Krankenkasse: .....

Beruf / Arbeitgeber: .....

Empfohlen / überwiesen durch: .....

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? (Wenn ja: in welchem Monat?).....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Wenn ja: welche?): .....

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? (Wenn ja: welche?) .....

Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente? .....

<b>Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?		
<b>Krankheiten/Gebrechen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Blutkrankheiten (Blutarmut, Gerinnungsstörungen)		
Stoffwechselstörungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)		
Infektionskrankheiten (Aids, Hepatitis B, Tbc)		
Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)		

Gehirn- und Nervenerkrankungen (Anfallsleiden, Depression)		
Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rheuma)		
Nierenerkrankungen		
Kreislaufkrankungen (hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)		
Sonstige Erkrankungen (Wenn ja: welche?)		
Kommen Sie wegen einer speziellen Fragestellung? (Wenn ja: welche?)		
Wurden Sie schon einmal alternativmedizinisch behandelt (Heilpraktiker/Arzt) Wie?		
Wünschen Sie eine spezielle Behandlung?		
Sind sie an naturheilkundlichen Diagnose- und Therapiemaßnahmen interessiert?		
Wer ist Ihr Hausarzt?		
Wollen Sie den Hausarzt wechseln?		

Bitte teilen Sie uns Ihnen bekanntwerdende Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

Kaiserslautern, den

.....

Unterschrift Patient/in

.

.....

Gesetzlicher Vertreter/in