

## Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um die für ihre Behandlung optimalen Medikamente und Behandlungsmethoden auswählen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zur gesundheitlichen Vorgeschichte (Anamnese). Bei Unklarheiten können Sie mich gerne fragen. Selbstverständlich unterliegen auch diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

- Wer ist ihr behandelnder Hausarzt? \_\_\_\_\_  
- Befinden sie sich zurzeit in Behandlung? ja  nein  weswegen? \_\_\_\_\_

### Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

|   | Ja                    | Nein                  |  |
|---|-----------------------|-----------------------|--|
| 1. Allergien/Unverträglichkeiten  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 2. Asthma   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 3. Krampfanfälle (Epilepsie)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 4. Blutgerinnungsstörungen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 5. Bluten Sie lange wenn Sie sich geschnitten haben?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 6. Bekommen Sie leicht blaue Flecken?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 7. Zuckerkrank (Diabetes)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Typ? _____   |
| 8. Glaukom (erhöhter Augendruck)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 9. Herz- Kreislauf- Erkrankungen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| - 9.1. Herzinsuffizienz (Herzschwäche)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| - 9.2. Koronare Herzkrankheiten   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| - 9.3. Angina Pectoris (Stechen, Herzenge)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| - 9.4. Herzinfarkt  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | wann? _____  |
| - 9.5. Herzrhythmusstörungen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| - 9.6. Herzschrittmacher  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| - 9.7. Herzfehler/Herzklappenersatz   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| - 9.8. Herzentzündungen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 10. Blutdruck normal?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | zu hoch: <input type="radio"/> zu niedrig: <input type="radio"/> _____ |
| 11. Schlaganfall (Apoplex)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | wann? _____  |
| 12. Infektionskrankheiten   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| - Gelbsucht (Hepatitis/Leberentzündung)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| - AIDS  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 13. Magen- Darm- Erkrankungen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 14. Nierenerkrankungen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 15. Osteoporose (Knochenerweichung)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 16. Rheuma (wo)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | wo? _____  |
| 17. Schilddrüse   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 18. Tumorerkrankungen (z.B. Krebs)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 19. Blutkrankheiten (Leukämie etc.)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 20. Frühere Operationen (welche u. wann?)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 21. Haben Sie Angst vor der Behandlung?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |
| 22. Besteht eine Schwangerschaft?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | welcher Monat? _____   |
| 23. Nehmen Sie Medikamente (Tropfen, Pillen, Tabletten bitte alles angeben auch wenn Sie´s schon Jahre einnehmen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | wogegen???   |
| 24. Kopfschmerzen oder Migräne?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | wie oft? _____   |
| 25. Alkoholiker   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____  |

Recallservice: Wir dürfen Sie an wichtige Termine oder notwendige Kontrollen erinnern, wenn sie medizinisch notwendig sind.

Einverständnis der Datenübertragung: Zu Abrechnungszwecken dürfen wir Ihre Daten an unser Rechenzentrum (unsere Abrechnungsgesellschaft) übertragen, da wir langfristig komplett auf Abrechnungsgesellschaft umstellen. Ihre Vorteile sind Teilzahlungsmöglichkeit oder Unterstützung bei Erstattungsproblemen mit der Zusatzversicherung, oder privaten bzw. gesetzlichen Krankenkassen.

**Eine ganz wichtige Bitte noch!!!** Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie so rechtzeitig wie möglich ab, damit Ihr Termin, der **nur für Sie persönlich** reserviert ist, weitergegeben werden kann an Patienten die dringend auf eine Behandlung warten.

Termine von einer Stunde und länger, lassen wir routinemäßig ca. 2 Tage vorher bestätigen.  
Sollten Sie mehrere Termine versäumen ohne 24 Stunden vorher abzusagen, sehen wir uns nicht in der Lage eine Behandlung in dieser Praxis durchzuführen.  
Die Ausfallzeiten müssen wir Ihnen mit ca. 90,-€/Stunde in Rechnung stellen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_