

Hausarztpraxis Michael Beckert
Facharzt für Allgemeinmedizin
Chirotherapie – Akupunktur – Neuraltherapie
Rudolf – Breitscheid – Str. 5
04758 Oschatz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie in Zukunft optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Beruf:
Telefon: Mobil:.....

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße / Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes mell.	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen / Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma / COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose / Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krampfleiden / Epilepsie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Operationen / Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Frakturen / Knochenbrüche	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann:wieviel:nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel?

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?

- Andere Allergien?

- Unverträglichkeiten (z.B.: Lactose, Gluten, spezifische Lebensmittel, ...)

Wie groß sind Sie:cm

Wieviel wiegen Sie:kg

Hausarztpraxis Michael Beckert
Facharzt für Allgemeinmedizin
Chirotherapie – Akupunktur – Neuraltherapie
Rudolf – Breitscheid – Str. 5
04758 Oschatz

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu oder abgenommen? Nein Zu Ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name:

Dosierung:

.....
.....
.....
.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

- Herzkatheter Nein Ja Wann:

- Darmspiegelung Nein Ja Wann:

Bitte bringen Sie zum nächsten Termin Ihren **Impfausweis** mit!

Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie folgenden Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes mell.	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen / Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose / Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Sozialanamnese:

Familienstand: Kinder:

Sport(Was? Wie oft?):

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns noch mitteilen möchten?

.....

Einverständniserklärung:

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z. B. Impfungen, Vorsorge, etc. erinnern?

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen.

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht wahrnehmen können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern.

Datum, Unterschrift:

Tel. - Nr.: 03435 / 920614
Fax - Nr.: 03435 / 920263