

Liebe Patientin, lieber Patient,

Um Sie näher kennenzulernen und ganzheitlich behandeln zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen.

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon, ggf. Handy:

Krankenkasse:

Für privat Versicherte: ggf. abweichender Rechnungsempfänger:.....

Beruf/ aktuelle Tätigkeit:

Stehen Sie bei anderen Ärzten laufend in Behandlung? Wenn ja: bei welchen?

.....

Bestehen oder bestanden bei Ihnen (Vor-)Erkrankungen im Bereich

Herz (z.B. Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Herzenge, Herzschwäche...)

nein ja, folgende:.....

Gefäße (z.B. Bluthochdruck, Gefäßverengungen, Venenleiden...)

nein ja, folgende:.....

Lunge/ Bronchien (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, bösartige Erkrankungen)

nein ja, folgende:.....

Magen/ Darm (z.B. Geschwüre, Entzündungen, Tumore, entzündliche Erkrankungen)

nein ja, folgende:.....

Leber/ Gallenwege/ Bauchspeicheldrüse (z.B. Leberleiden, Gallensteine, Entzündungen)

nein ja, folgende:.....

Nieren (z.B. Nierensteine, Fehlbildungen, Tumore)

nein ja, folgende:.....

Harnwege (z.B. Blasenentzündungen, Nierenbeckenentzündungen)

nein ja, folgende:.....

Genitale/ Prostata (z.B. Entzündungen, Veränderungen, Tumore)

nein ja, folgende:.....

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zucker („Diabetes“), Blutfette, Harnsäure)

nein ja, folgende:.....

Bewegungsapparat (z.B. Knochenbrüche, Unfälle, Arthrose, Wirbelsäulenschäden)

nein ja, folgende:.....

Haut (z.B. Ausschläge, Schuppenflechte, Neurodermitis, Akne, bösartige Erkrankungen)

nein ja, folgende:.....

Augen (z.B. Brille, grüner Star, grauer Star...)

nein ja, folgende:.....

Hals/ Nase/ Ohren (z.B. Entzündungen.....)

nein ja, folgende:.....

Schilddrüse (z.B. Kropf, Über – oder Unterfunktion, Entzündungen...)

nein ja, folgende:.....

Gehirn/ Nervensystem (z.B. Anfallsleiden, Parkinson, Demenz, Ausfälle...)

nein ja, folgende:.....

Psyche (z.B. Depression, Burn-out, Suchterkrankungen, Gemütskrankungen)

nein ja, folgende:.....

Wurden Sie schon einmal operiert?

nein ja, folgende:.....

.....

Sind **Allergien oder (Medikamenten-)unverträglichkeiten** bekannt?

nein ja, folgende:.....

Gibt es **ernsthafte Erkrankungen bei Eltern oder Geschwistern?**

nein ja, folgende:.....

Sind Sie **Raucher/in?** nein ja, wieviel?

Trinken Sie **Alkohol?** nein ja, wieviel?

Wurde Ihr **Impfstatus** immer regelmäßig kontrolliert? nein ja

Datum Unterschrift:.....