

Dr. med. Nicole Fornoff
Dr. med. Winfried Taubitz
Dr. med. Benedikt Henschel



Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren
Reisemedizin
Arbeitsmedizin

Hausärztliches-Zentrum Poing
Ihre fachärztliche Rundum-Betreuung

Ärztlicher Fragebogen zur Krankheitsvorgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen soweit wie möglich. Sie dienen zum besseren Kennenlernen. Die Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztliche Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Tel. priv./mobil: _____

E-Mail: _____ Krankenversicherung: _____

Beruf/ausgeübte Tätigkeit: _____

Familienstand: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Raucherstatus: Nein Ja _____ Zigaretten am Tag.

Welche aktuellen Beschwerden haben Sie?

Haben oder hatten sie schon eine der folgenden Krankheiten?

	Nein	Ja	Welche?
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungen-, oder Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen der Bronchien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gefäßleiden/Krampfadern/Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber-/Gallenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren-/Blasenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prostataerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankheiten der Brust oder des weiblichen Unterleibs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bitte wenden!

	Nein	Ja	Welche?
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervenleiden/Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheuma/Weichteilrheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Erkrankungen der Gelenke oder Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutarmut/Blutkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Andere Erkrankungen oder Verletzungen, wenn ja welche?

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, warum?

Sonstiges: _____

Nehmen Sie/oder nahmen Sie die Pille? _____

Sind Sie zurzeit schwanger? _____

Haben Sie Kinder? _____ Alter der Kinder? _____

Hatten Sie Fehlgeburten/Totgeburten/Schwangerschaftsunterbrechung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Sind in Ihrer Familie o.g. Erkrankungen oder andere bekannt? Wenn ja, welche?

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Poing, den _____ Unterschrift: _____