

### Patienten-Fragebogen „allgemein“

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen wahrheitsgemäß, vollständig und gut leserlich aus (ggf. neues Blatt/Rückseite verwenden) und senden ihn unterschrieben mit den anderen Unterlagen **VOR Ihrem ersten Termin** zurück! Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht.

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

Anrede Patient: Herr  Frau  Dr.  Prof.

\_\_\_\_\_  
Nachname Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Spitz- oder Rufnamen Alter

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

*(Falls abweichend: aktuelle PLZ/Ort/Straße, welches Ihr derzeitiges längerfristiges Zuhause ist)*

\_\_\_\_\_  
Telefon/Handy Fax Mail

Versichert: Gesetzlich  privat  Zusatzversicherung  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ihr Hausarzt Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort Telefon

**Falls zutreffend: Abweichender Rechnungsempfänger/Zahlungspflichtiger:**

\_\_\_\_\_  
*Name*

\_\_\_\_\_  
*Vorname Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Straße Hausnummer*

\_\_\_\_\_  
*PLZ Ort*

\_\_\_\_\_  
*Telefon/Handy*

\_\_\_\_\_  
*E-Mail*

Wie/durch wem sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Sie sind: Ledig  verheiratet  geschieden  getrennt lebend   
Lebenspartner  in einer Beziehung

Kinder: Ja  Nein  Eigene? Ja

Sie sind: schwanger  stillen  fraglich schwanger  im Wochenbett

Größe: \_\_\_\_\_ cm Kleiner geworden: Nein  Ja  \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Abgenommen: Ja  Zugenommen: Ja  \_\_\_\_\_ kg

Bitte schildern Sie frei Ihre aktuellen Beschwerden bzw. weswegen Sie mich aufsuchen –  
**die max. 4-6 wichtigsten** genügen!

---



---



---



---

Wo sind Ihre Beschwerden?

---



---

Wie lange haben Sie diese Beschwerden schon? \_\_\_\_\_

Sind Nebenbeschwerden oder andere (frühere) Erkrankungen bzw. Schmerzen bekannt?  
Nein  Ja  Welche?

---



---

Sind andere Familienmitglieder ebenfalls betroffen? Nein  Ja  Welche?

---

**Leiden Sie derzeit oder litten Sie in der Vergangenheit an eine/mehrere der folgenden  
Erkrankungen/Zustände?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose                | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Zucker          | <input type="checkbox"/> Gallensteine           | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung   |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung        | <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasensteine   | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie  |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung     | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung        | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck              | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung         | <input type="checkbox"/> Geschlechterkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen           | <input type="checkbox"/> Depression             | <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit  |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose/Verkalkung | <input type="checkbox"/> Krampfadern            | <input type="checkbox"/> Zeckenbisse/ungewönl.  |
| <input type="checkbox"/> Gicht                      | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung  | Insektenstiche  |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                     | <input type="checkbox"/> Tumore/Krebs           | <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten (Scharlach,<br>Windpocken, Mumps, Röteln,<br>Masern, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung           | <input type="checkbox"/> Selbstmord (-versuche) | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen<br>(HIV/Aids, Hepatitis, Gürtelrose<br>etc.)          |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                | <input type="checkbox"/> Prothesen              |   |
| <input type="checkbox"/> Ängste/Kummer              | <input type="checkbox"/> Behinderungen          |   |
| <input type="checkbox"/> Ödeme/Wassereinlagerung    | <input type="checkbox"/> Epilepsie              |   |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen         | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen           |   |
| <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenkerkrankung   | <input type="checkbox"/> Neurodermitis          |   |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung           | <input type="checkbox"/> Asthma                 |   |

Fragebogen - Seite 2 von 5

Leiden Sie **derzeit** unter:

- Bluterkrankung \_\_\_\_\_
- psychische Erkrankung \_\_\_\_\_
- Fieber/-zustände \_\_\_\_\_
- Krampfstörungen/Epilepsie \_\_\_\_\_
- Harnsteine \_\_\_\_\_
- Gallensteine \_\_\_\_\_
- Niereninsuffizienz \_\_\_\_\_
- Leberinsuffizienz \_\_\_\_\_
- Herz-/Kreislaufinsuffizienz \_\_\_\_\_
- Ateminsuffizienz \_\_\_\_\_
- schwere Hormonstörungen \_\_\_\_\_
- Krebserkrankung \_\_\_\_\_
- künstliche Herzklappen \_\_\_\_\_

- Myokardtumor \_\_\_\_\_
- Herz-/Myokardinfarkt \_\_\_\_\_
- Myokarddilatationen \_\_\_\_\_
- Koronardilatationen \_\_\_\_\_
- Herzklappenfehler \_\_\_\_\_
- Herzklappenstenose \_\_\_\_\_
- Herzklappeninsuffizienz \_\_\_\_\_
- Aortenaneurysma \_\_\_\_\_
- chronische Arrhythmien \_\_\_\_\_
- Kardiomyopathien bzw. \_\_\_\_\_
- Herzmuskelerkrankungen \_\_\_\_\_
- Tumore \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankung \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen/Zustände **traten in der Familie**, bei Eltern, Großeltern, Geschwistern, Kindern auf? \_\_\_\_\_

Ihr Beruf: \_\_\_\_\_

Früher ausgeübte Berufe/Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

Schichtdienst \_\_\_\_\_

Besondere berufliche Belastungen: \_\_\_\_\_

Umgang mit Giftstoffen (früher/heute): \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Ja  Nein  Wie oft? \_\_\_\_\_ Welchen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Haustiere o. ä.? Ja  Nein  Welcher Art? \_\_\_\_\_

Kennen Sie Ihre Blutgruppe? Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Was/Wie nehmen Sie aktuell an Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathika, Naturheilkundliches etc. ein oder spritzen Sie?

1. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Marcumar oder andere „Blutverdünner“ ein? Ja  Nein   
Welche? \_\_\_\_\_ Quick/INR-Wert aktuell: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Antibiotika/Penicillin ein? Ja  Nein   
Name? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_ Dosis? \_\_\_\_\_  
Warum? \_\_\_\_\_ wie lange noch? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher o. ä. ? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Raucher - seit \_\_\_\_\_ Jahre Konsum: \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Nichtraucher - seit \_\_\_\_\_ Jahre

Drogenkonsum  regelmäßig Alkohol: \_\_\_\_\_ ml täglich

Allergien (aktuell und frühere)? Welche? \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten (aktuell und frühere)? Welche? \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte? Wann? Weshalb? \_\_\_\_\_

Operationen? Welche? Wann? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie schlecht- oder nicht-heilende Wunden? Ja  Nein

Wann waren Sie zuletzt im Ausland? \_\_\_\_\_

Waren Sie vorher auch schon mal weiter weg? Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Was ist Ihr Wunsch an mich bzw. Ihr Ziel?

---

---

Nennen Sie bitte alle bereits bei Ihnen gestellten Diagnosen, die **zurzeit** bei Ihnen (noch) vorliegen und/oder Sie Medikamente/Homöopathisches/Naturheilkundliches dagegen einnehmen:

---

---

---

Weitere, bisher gestellte Diagnosen: \_\_\_\_\_

---

Bisher erfolgte Behandlungen und Erfolge: \_\_\_\_\_

---

Gibt es irgendetwas, was nach Möglichkeit so bleiben sollte wie bei der letzten Behandlung (soweit erfolgt)? \_\_\_\_\_

---

Legen Sie gerne diesem Bogen, noch Vorbefunde (ca. 1 Jahr zurück bzw. auch ältere, relevante Berichte) von anderen Ärzten/Krankenhaus/Heilpraktiker etc. sowie aktuelle Laborbefunde (nicht älter als 4 Wochen) bei!

**Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:**

---

Unterschrift Patient bzw. dessen gesetzl. Vertreter - bei Minderjährigen **beide** Erziehungsberechtigte