

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie unsere Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß. So helfen Sie uns bei der richtigen Diagnose und Therapiewahl.

Sie können den Bogen ausdrucken und handschriftlich ausfüllen oder direkt am Monitor bearbeiten und dann drucken. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum Erstgespräch mit oder mailen Sie ihn an uns vorab.

Sprechzeiten:

Montag 8 - 12 Uhr und 15 - 17 Uhr
Dienstag 8 - 12 Uhr und 15 - 17 Uhr
Mittwoch 8 - 12 Uhr
Donnerstag 8 - 12 Uhr und 15 - 17 Uhr
Freitag 8 - 12 Uhr
Samstag 9 - 11 Uhr

oder nach Vereinbarung

Mein Termin ist am bei dem Arzt
 Dr. H. Walter Dr. Ch. Ramon
 U. Lauinger

Alter Größe (cm) Gewicht (kg) Geschlecht
 männl.
 weibl.

Vorname

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon tagsüber

Telefon abends

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Krankenkasse

Kurzbeschreibung Ihrer Beschwerden

keine, ich möchte eine/n Vorsorgeuntersuchung / Check-up

Nikotinkonsum nein gelegentlich regelmäßig
 Alkoholkonsum nein gelegentlich regelmäßig
 Sport nein gelegentlich regelmäßig

Schwangerschaft nein ja, im Monat ungewiss
 Herzschrittmacher nein ja

Welche Allergien / Unverträglichkeiten haben Sie?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Penicilin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blütenstaub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tierhaare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausstaubmilben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere (z. B. Lebensmittel):					

Welcher Impfschutz besteht für Sie?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere:					

Welche Arzneimittel nehmen Sie derzeit ein?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlafmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychopharmaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruckmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkältungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffwechselformen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Naturheilmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere:					

Bei welchen Ärzten sind Sie derzeit in Behandlung?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Zahnarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H/N/O-Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauenarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Urologe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopäde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Augenarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allgemeinarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heilpraktiker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurologe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere:					

Welche Operationen / Krankenhausaufenthalte hatten Sie?	
Grund:	Jahr: _____ <input type="radio"/> OP
Grund:	Jahr: _____ <input type="radio"/> OP
Grund:	Jahr: _____ <input type="radio"/> OP

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			
Familienangehörige	<input type="radio"/>	Arbeitskollegen	<input type="radio"/>
Bekannte / Nachbarn	<input type="radio"/>	anderer Arzt	<input type="radio"/>
Therapeut	<input type="radio"/>	Telefonbuch	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	Praxisschild	<input type="radio"/>
Anderes:			

Welche Vorerkrankungen haben / hatten Sie?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lunge/Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atemwege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutzucker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen/Darm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenke/Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BCG-Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere:					

Welche Anmerkungen möchte Sie noch machen?

Ich bin einverstanden, von der Praxis per SMS oder eMail über Befunde und Praxisleistungen informiert zu werden.

Datum Unterschrift

Bei eMail-Übertragung diesen Bereich nicht ausfüllen.