

Medizinischer Fragebogen



Herzlich willkommen in der Praxis Dr. med. Natascha Kissling und Dr. med. Julia Kolb. Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufsuchen und uns Ihr Vertrauen schenken. Wir möchten Sie vor der ersten Untersuchung nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Fragen erleichtert unser anschließendes Gespräch und die Behandlung.

Name, Vorname

Geburtsdatum			
Telefonnummer			
aktuelle Adresse			
Beruf			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> Kinder (Anzahl/Alter) _____		
Ernährung	<input type="checkbox"/> Mischkost	<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> Vegan
	<input type="checkbox"/> sonstiges _____		
Nahrungsmittel-unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> keine bekannt	<input type="checkbox"/> Fruktose	<input type="checkbox"/> Gluten
	<input type="checkbox"/> Laktose	<input type="checkbox"/> Histamin	<input type="checkbox"/> Sorbit
	<input type="checkbox"/> sonstiges _____		
Allergien	<input type="checkbox"/> keine bekannt		
	<input type="checkbox"/> ja _____ _____		
Nikotin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
		täglich _____ Stück/Schachtel	
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> keine bekannt		
	<input type="checkbox"/> ja _____		
Operationen	<input type="checkbox"/> keine		
	<input type="checkbox"/> ja _____		
Frakturen (Knochenbrüche)	<input type="checkbox"/> keine		
	<input type="checkbox"/> ja _____		

BITTE WENDEN

**chronische
Erkrankungen**

keine bekannt

ja

➔ Bitte kreuzen Sie die zutreffende Erkrankung an

Diabetes **Typ I oder II**

Koronare Herzkrankheit

Bluthochdruck

Schilddrüsenerkrankung

Asthma

Psychische Erkrankung

COPD

Epilepsie

weitere Erkrankungen:

Medikamente

nein

ja

➔ Bitte tragen Sie Ihre Medikation in die Tabelle ein

Name	Stärke	frühs	mittags	abends	nachts	bei Bedarf

**auffällige
Laborwerte**

keine bekannt

ja _____

**Häufigkeit der
Erkältungen im
letzten Jahr**

keine

1-3 Erkältungen

mehr als 4 Erkältungen

**chronische
Erkrankungen in
der Familie**

keine

ja _____

**sportliche
Betätigung**

keine

ja _____

**aktuelle
Beschwerden**

keine

ja _____

Datum

Unterschrift