

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis im Nordtor

J.-C. Buchsteiner

FA Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren
Homöopathie
Psychotherapie

Dr. med. R. Holoher

FA Innere Medizin
Naturheilverfahren
Akupunktur
Reisemedizin



Oliver Hinz

FA Allgemeinmedizin
Reisemedizin

Sabrina Bodewin

FÄ. Allgemeinmedizin
Chirotherapie/Manuelle Medizin

Patientenfragebogen von:

Name: _____ **Vorname:** _____

Geb. Datum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ Beruf: _____

Tel. Nr. _____ falls gewünscht: E-Mail-Adresse: _____

1) Können Sie sich an Kinderkrankheiten erinnern? Nein Ja

Wenn ja an welche: 1) _____ 2) _____ 3) _____

2) Leiden oder litten Ihre Eltern oder Geschwister an schwerwiegenden Erkrankungen?

Nein Ja Wenn ja, an welchen _____

3) Leiden oder litten Sie selbst an Erkrankungen? (wenn ja an welchen)

Des Herzens Nein Ja _____

Des Blutdrucks Nein Ja _____

Der Lunge Nein Ja _____

Des Magens Nein Ja _____

Der Leber oder Galle Nein Ja _____

Des Darmes Nein Ja _____

Der Nieren / Blase Nein Ja _____

Der Geschlechtsorgane Nein Ja _____

Des Blutgefäßsystems Nein Ja _____

Der Gelenke Nein Ja _____

Des Rückens Nein Ja _____

Der Psyche Nein Ja _____

Schilddrüsenkrankungen Nein Ja _____

Diabetes („Zuckererkrankung“) Nein Ja _____

Gicht Nein Ja _____

Cholesterinerhöhung Nein Ja _____

Hatten Sie sonstige Operationen Nein Ja (Welche, wann, Ergebnis?)

Sonstige Erkrankungen oder Anmerkungen : _____

4) Erlitten Sie schwere Unfälle? (Welche, wann, Folgen?) Nein Ja

