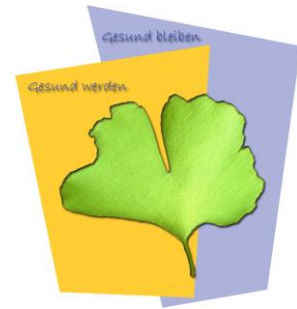


Dr. med. Christine Gess
Allgemeinmedizin, Akupunktur, Naturheilverfahren

Dr. med. Ludwig Gess
Internist, Hausarzt, Psychotherapeut

Dr. med. Klaus Röttger
Internist, Hausarzt, Akupunktur, Manuelle Medizin,
Naturheilverfahren, Ernährungsmedizin



Patientenfragebogen

Name:		Vorname:	
Email:		Tel:	

Bitte ankreuzen!

Dürfen wir Sie an ärztliche Kontroll- oder Impftermine erinnern?

Ja, per email: Ja, telefonisch: Nein

Wie haben Sie von der Praxis erfahren ?

Empfehlung Isarkurier Das Örtliche Gelbe Seiten Das Blaue Adressbuch Internet

Ich habe grundsätzlich **kein** Interesse an individuellen Gesundheitsleistungen (Selbstzahlerleistungen). ja

Sozialanamnese:

Familienanamnese:

(Eltern / Geschwister)
nein / nicht
bekannt ja

Evtl. Grad der Behinderung % ()

Sonstige Angaben

Atopische Erkrankungen (Ekzem, Asthma, Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-, Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seelische Leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonst. Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impfungen:

Tetanus	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Polio	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Masern, Mumps, Röteln	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Hepatitis A, B	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Sonstige?	<input type="checkbox"/>			

Körpergewicht verändert : zugenommen abgenommen gewollt ungewollt _____ kg

Rauchen: nein ja Wenn ja, seit wie viel Jahren: _____ Wieviel Zigaretten am Tag: _____

Alkohol: nein ja Wenn ja, wie viel pro Tag: _____ Wieviel pro Woche: _____

Sport: nein ja Wenn ja, welche Sportart: _____ Wie oft pro Woche: _____

Bisherige Erkrankungen:

		wann	welche
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Erkrankungen der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Herz- und Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Magen- und Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Leber- und Gallenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Nieren- und Blasenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Nerven- und Gemütskrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____

Operationen ja Welche _____ wann _____

Unfälle ja Welche _____ wann _____

ständige ärztliche Behandlung nein ja
regelmäßige Medikamenteneinnahme nein ja welche _____

Arbeitsanamnese:

Jetzige(r) Tätigkeit / Arbeitsplatz: _____

Belastungen am jetzigen Arbeitsplatz: _____

Aktuelle Beschwerden?

Appetit: _____ Husten: _____ Schlaf: _____ Ödeme: _____
Speisenunverträglichkeit: _____ Auswurf: _____ Nächtl. Wasserlassen: _____ Allergien: _____
Stuhlgang: _____ Atemnot: _____ Zyklus: _____ Sonstiges: _____
Wasserlassen: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____