

MVO Medizin vor Ort MVZ GmbH
Dr. Ivonne Ziegeler
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Klass. Homöopathie (Homöopathie-Diplom)
Akupunktur



Patienten-Fragebogen

Wir möchten Sie bitten, diesen Anamnesefragebogen sorgfältig auszufüllen. Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankheitsvorgeschichte. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____
Handy: _____ Tel: _____
E-Mail: _____ Beruf: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
Anzahl der Kinder: _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____

Für Privat versicherte Patienten:

Basistarif: Standardtarif: Beihilfe/ Bundeswehr:
Hauptversicherter: _____ dessen Geburtsdatum: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden und wann treten sie auf?

Für Schmerzpatienten:

Wie stark würden Sie ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen?

Leicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stark

Vorerkrankungen:

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

	Nein	Ja,	welche und seit wann?
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutzuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hauterkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-/Darm- erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Nein	Ja,	welche und seit wann?
Tumorerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselstörung.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk-Rheuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose/HIV:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma/Bronchitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankheiten des Skelettsystems:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gallensteine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wurden bereits Operationen durchgeführt?

Nein ja, welche? Wann?

Leiden Sie an einer Allergie?

Nein ja, welche? Seit wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein ja, welche? Seit wann?

	morgens	mittags	abends
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern Mumps Röteln Ringelröteln Windpocken

Vegetative Anamnese:

	normal	vermehrt	
Durst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appetit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhlgang:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn nicht normal:	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	Wie oft? _____
Wenn Durchfall:	<input type="checkbox"/> mit Blut	<input type="checkbox"/> mit Schleim	Wie oft? _____

	normal	vermehrt	
Wasserlassen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachts öfter als zweimal ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Nachtschweiß:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Schlaf:	<input type="checkbox"/> erholsam	von _____ bis _____	
	<input type="checkbox"/> Nicht erholsam	von _____ bis _____	

Gewicht

Zunahme: nein ja _____kg in Monaten

Abnahme nein ja _____kg in Monaten

Aktuelles Gewicht: _____kg, _____Größe(cm)

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja

nein

Welchen? _____

Wie oft? _____

Zigaretten

Ich habe nie geraucht früher geraucht rauche immer noch

Wenn ja, Menge/ Tag: _____mit Filter ohne Filter

Ich rauche seit: _____Ich habe aufgehört: _____

Alkohol

nein ja

wenn ja, was trinken Sie? Wie oft? Seit wann?

Andere Mittel:

Anabolika

Aufputzmittel

Drogen

Sonstiges

Für Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft?

nein

ja

Geburten

nein

ja Wie viele? Wann?

Antibabypille:

nein

ja

Monatblutung regelmäßig?

nein

ja

Vorsorge beim Frauenarzt:

nein

ja

Letzte Vorsorge vor ca. (Mon./Jahren): _____

Leidet jemand aus Ihrer Familie an folgenden Erkrankungen?

	Nein	ja	wer?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien/ Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

An welchen Krankheiten sind nahe Verwandte von Ihnen verstorben?

Verwandter _____Krankheit _____Alter _____

Besitzen Sie einen Impfausweis?

Nein

ja

Letzte Impfung?

Was? _____

Wann zuletzt? _____

Vorsorge-Untersuchungen:

	nein	ja,	wann?
Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lebensjahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vorsorge Darmspiegelung ab 55. Lebensjahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Krebsfrüherkennung für Männer ab dem 45. Lebensjahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautkrebs-Vorsorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Möchten Sie an anstehende Arzttermine per Email und/oder telefonisch erinnert werden?Nein ja **Haben Sie Interesse an:**

	nein	ja
klassischer Homöopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TCM/ Akupunktur für	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiebehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naturheilkunde-Verfahren, z. B.:		
Eigenblutbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiediagnostik:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikrobiologische Stuhldiagnostik/Autovaccine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medivitan-Aufbaukuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?Empfehlung Telefonbuch Internet Sonstiges

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____

Bei welchem Hausarzt waren Sie bisher in Behandlung?

Name: _____

Adresse: _____

Sollen wir die Befunde von diesem Arzt anfordern? Nein ja

Bei Befundanforderung bitte ausfüllen:

Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei o. g. Arzt.

Ich bitte Sie, meine Befunde an Frau Dr. Ivonne Ziegeler weiter zu leiten.

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____