Praxis
Dr. med. Ina Bösel

Fachärztin für
Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren - Hausärztin - Betriebsmedizin - Sportmedizin

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Die folgenden Fragen dienen der Abklärung Ihres Gesundheitszustandes bzw. Ihres Beschwerdebildes. Bitte beantworten Sie die Fragen gewissenhaft um für unsere gemeinsame Arbeit eine Hilfestellung zu geben. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Tel. Nr.: _____

Email: _____

Erlernter. Beruf: _____ derzeitige Tätigkeit: _____

Studium: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Kinder/Anzahl: _____

Krankheitsvorgeschichte (Zutreffendes bitte Ankreuzen)	**Erläuterungen / Ergänzungen**
Augenkrankheiten/Sehstörungen	
Störungen der Schilddrüse	
Asthma/Bronchitis/Emphysem/Tuberkulose(TBC)	
Herz-Kreislauf-Blutdruck-Erkrankungen	
Magen/Darmbeschwerden/Stuhlgang	
Leber/Galle	
Niere/Blase/Wasserlassen	
Gicht/Rheuma/Zuckerkrankheit (Diabetes)	
Wirbelsäule/Muskeln/Gelenke	
Nerven/Depression/Anfallsleiden (Epilepsie)	
Haut/Schleimhaut/Genitalerkrankungen	
Allergien/Heuschnupfen	
Krebserkrankungen	
Infektionskrankheiten (z.B. Masern, Lungenentzündung)	
Menstruationsbeschwerden	
Schwangerschaft/Geburten	
Sonstige Erkrankung / Berufserkrankungen (falls zuvor nicht erwähnt)	

Praxis
Dr. med. Ina Bösel

Fachärztin für
Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren - Hausärztin - Betriebsmedizin - Sportmedizin

Lebensgewohnheiten (Zutreffendes bitte Ankreuzen)	**Erläuterungen/Ergänzungen**
Raucher seit: Zigaretten pro Tag:	
Alkoholkonsum (mehr als 1Fl. Bier/1Glas Wein/Tag)	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	
Fühlen sie sich leistungsfähig?	

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wo?

Erlittene Unfälle/Operationen (Wann/Was?)

Aktuelle Medikamente (Name und Dosierung)

Familiäre Erkrankungen:	**Groß-eltern**	**Mutter**	**Vater**	**Ge-schwister**	**eigene Kinder**	**Erläuterungen**
Allergien/Hauterkrankungen	☐	☐	☐	☐	☐	
Asthma/Bronchitis/TBC	☐	☐	☐	☐	☐	
Blutdruck/Herzinfarkt	☐	☐	☐	☐	☐	
Rheuma/Gicht/Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	
Nerven/Schlaganfall	☐	☐	☐	☐	☐	
Krebsleiden	☐	☐	☐	☐	☐	
sonstiges	☐	☐	☐	☐	☐	

Aktuelle Beschwerden:

Nutzung des Praxisservice

Ich gestatte der Praxis Dr. med. Ina Bösel mich bei gegebenem Anlass über wichtige Gesundheitstermine (z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen etc.) zu informieren. Die Information kann über Telefon, Email oder den Postweg erfolgen.

Einverständniserklärung: ☐ JA / ☐ NEIN (Bitte entsprechend markieren)

Leipzig, den _____ Unterschrift: _____