



hausarztzentrum mitte
medicus - speyer

Akupunktur
Sonographie

Diabetologie
Notfallmedizin

Neuraltherapie
Naturheilverfahren

Dr. med. Harold Ritthaler
Annamaria Orth
Holger Renner
und Kollegen

hausarztzentrum mitte medicus - speyer

Bahnhofstraße 49 67346 Speyer

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin

Bahnhofstraße 49
67346 Speyer

Tel. 06232 - 100 127 0

Fax 06232 - 100 127 77

info@hausarzt-speyer.de

www.hausarzt-speyer.de

Patientenfragebogen

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____ Telefon _____ Beruf _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie unsere Praxis aufsuchen, erleichtern Sie uns die Klärung Ihrer Beschwerden, indem Sie folgenden Fragebogen ausgefüllt zum Arztbesuch mitbringen.

Es handelt sich um wichtige Fragen zu Ihrer eigenen Vorgeschichte oder um Erkrankungen in der Familie.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Ihre Hausärzte

Aktuelle Beschwerden oder Anliegen (in Stichworten):

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wegen welcher Erkrankungen waren Sie bereits in Krankenhausbehandlung?

Erkrankung	Krankenhausname(oder Kurklinik)	Wann (Jahr)

Nikotin (wie viel?, was?, seit wann nicht mehr?): _____

Alkohol (wieviel?, was?): _____

Aktuelles Gewicht _____ kg Körpergröße _____ cm Gewicht konstant o ja o nein

Stuhlgang: o regelmäßig o unregelmäßig o Verstopfung Urin o normal o Beschwerden

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie vorgekommen?

Zuckerkrankheit Hoher Blutdruck Herzinfarkt (wann?)

Gicht Asthma Gallen/Nierensteine

Krebsleiden: welches Organ war betroffen? _____

sonstige Erkrankungen: _____

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Allergien (bitte geben Sie an worauf Sie allergisch reagieren!):

- Heuschnupfen _____
- Medikamente _____
- sonstige Stoffe _____

Kinderkrankheiten:

- Röteln Masern Windpocken Mumps Keuchhusten
- Pfeiffersches Drüsenfieber Scharlach sonstige _____

- Lungenerkrankungen:** Asthma chronische Bronchitis Lungenentzündung
- sonstige _____

Herz- und Gefässerkrankungen:

- Hoher Blutdruck Herzinfarkt Durchblutungsstörungen der Beine Schlaganfall
- Krampfadern Thrombosen sonstige _____

Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit bekannt seit: _____ Behandlung _____
- erhöhtes Cholesterin bekannt seit: _____ Behandlung _____
- Schilddrüsenerkrankung bekannt seit: _____ Behandlung _____
- sonstige: _____

Knochen- und Gelenkerkrankungen:

- Bandscheibenschaden wo _____
- Gelenkbeschwerden wo _____
- Rheuma, sonstige _____

Bauchorgane:

- Gallenerkrankungen: Gallensteine sonstige: _____
- Lebererkrankungen: Hepatitis A B C sonstige: _____
- Magenerkrankungen: _____
- Darmerkrankungen: _____

Hals-Nasen-Ohren-Augen-Krankheiten:

- Hals/Nase/Ohren: _____
- Augen: _____

Erkrankungen der Harnwege und Geschlechtsorgane:

- Nierensteine (wann/welche Seite war betroffen) _____
- Infektionen der Nieren Infektionen der Blase: _____
- Erkrankungen der Prostata: _____
- Gynäkologische Erkrankungen: Organ: _____

Nur für weibliche Patienten:

- Regelbeschwerden: _____ Wechseljahre (Beginn): _____
- Geburten _____ Pille _____

Sonstige Erkrankungen:

- Nerven- oder Gemütskrankungen: _____
- Krampfanfälle: seit: _____ Bluterkrankungen Hauterkrankungen
- andere Erkrankungen, nach denen noch nicht gefragt wurde: _____

Impfungen (welche?, Jahr der letzten Impfung):

- Tetanus Diphtherie Polio Hepatitis B FSME
- Pneumokokken Grippeimpfung Mumps Masern Röteln
- sonstige Impfungen: _____

am besten bringen Sie den Impfpass zur Überprüfung mit in die Praxis!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Datum

Unterschrift