

DR. MED. PETRA LESCHIG

PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN – PALLIATIVMEDIZIN UND MANUELLE THERAPIE

BAHNHOFSWEG 1 21244 BUCHHOLZ TEL: 04187 – 900 12 90

Liebe Patienten, lieber Patient,

herzlich willkommen in meiner Praxis.

Dieser Anamnesefragebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn bitte sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen mein Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

NAME _____ VORNAME _____

GEB.DATUM _____ MAIL _____

TELEFON _____ MOBIL _____

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

VORERKRANKUNGEN	NEIN	JA	WENN JA, SEIT WANN? WELCHE
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutzuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hauterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Magen / Darm Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gelenk-Rheuma, Knochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Tuberkulose / HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Asthma Bronchiale / Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Andere Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

bitte wenden

Wurden bereits Operationen durchgeführt NEIN Ja Wenn ja, welche? Wann?

Leiden Sie an einer Allergie? NEIN Ja Wenn ja, welche? Seit wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? NEIN Ja , Wenn ja, welche?

Leidet jemand aus Ihrer Familie an folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck Nein Ja _____

Herzerkrankung Nein Ja _____

Blutzuckerkrankheit Nein Ja _____

Schlaganfall Nein Ja _____

Asthma bronchiale Nein Ja _____

Krebserkrankung Nein Ja _____

Andere Erkrankungen Nein Ja _____

Besitzen Sie einen Impfausweis? Nein Ja

Bitte bringen Sie diesen bei Ihrem nächsten Praxisbesuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.
Ihr Praxisteam

DATUM

UNTERSCHRIFT