Name: _____

**Institut Speldorf**

Arzt für Allgemeinmedizin, Arzt für Chirurgie
Arzt für Akupunktur, Chirotherapie
Arzt für Naturheilverfahren, Verkehrsmedizin und Palliativversorgung
Diabetologischer Hausarzt
Betriebsteil Speldorf, Ulmenallee 24
Tel.: 0208/7403210, Fax.: 0208/74032129
www.institut-speldorf.de

Sehr geehrter Patient, die folgenden Fragen dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes. Sie erleichtern unser anschließendes Gespräch. Bitte beantworten Sie die Fragen gewissenhaft und möglichst vollständig durch Ankreuzen der zutreffenden Kästchen. Danke für Ihre Mithilfe.

**Hatten Sie schon mal eine der folgenden Krankheiten?**

**Kinderkrankheiten**

_____
_____
_____

**Haben Sie kompletten Impfschutz?**

- o Tetanus
- o Diphterie
- o Polio
- o Pertussis
- o Windpocken
- o Masern-Mumps-Röteln
- o Zeckenbiss
- o Lungenentzündung
- o Influenza
- o Gehirnhautentzündung
- o Reiseimpfung
- o Hepatitis A und B
- o Impfausweis vorhanden

**Infektionskrankheiten**

- o TBC
- o Geschlechtskrankheiten/HIV
- o Sonstige_____

**Lungenerkrankungen**

- o Lungen-Rippenfellentzündung
- o Bronchitis
- o COPD
- o Asthma
- o Sonstige_____

**Hals-Nasen-Ohren-Augen-Krankheiten**

- o Grüner Star
- o Grauer Star
- o Sehstörungen
- o Sonstige_____

**Herz- und Gefäßkrankheiten**

- o Hoher Blutdruck
- o Niedriger Blutdruck
- o Herzfehler
- o Herzschmerzen
- o Herzstolpern
- o Herzinfarkt
- o Schlaganfall
- o Durchblutungsstörungen
- o Krampfadern
- o Thrombose
- o Sonstige_____

**Baucherkrankungen**

- o Gallensteine
- o Lebererkrankungen
- o Magengeschwüre
- o Geschwüre?
- o Verstopfung
- o Durchfälle
- o Sonstige_____

**Stoffwechselerkrankungen**

- o Diabetes
- o Gicht
- o Erhöhte Blutfette
- o Schilddrüsenerkrankungen
- o Sonstige_____

**Nasen-Nebenhöhlenerkrankungen**

- o Heuschnupfen
- o Nasenbluten
- o Sonstige Nasenerkrankungen

_____

- o Mandelentzündungen
- o Zahnerkrankungen
- o Sonstige Halserkrankungen

_____

- o Mittelohrentzündungen
- o Schwerhörigkeit
- o Sonstige Ohrenerkrankungen

_____

**Nieren- u. Geschlechtskrankheiten**

- o Blasen- Nierenentzündung
- o Blasen- Nierensteine
- o Blutiger Urin
- o Prostataleiden
- o Frauenkrankheiten

_____

- o Sonstige_____

**Sonstige Erkrankungen**

- o Allergien

_____
_____
_____
_____

- o Hautkrankheiten
- o Blutkrankheiten
- o Krebs
- o Krampfanfälle
- o Nervöse Beschwerden
- o Gemütskrankheiten
- o Migräne
- o Sonstige_____

_____
_____
_____
_____

**Bitte wenden!**

**Knochen- u. Gelenkerkrankungen**

- o Rheuma
  Wo_____
- o Bandscheibenschaden
- o Gelenkbeschwerden
  Wo_____
- o Rückenbeschwerden
- o Sonstige_____

**Sonstige Fragen**

- o Raucher (wie viel, was)
  _____
- o Alkohol (wie viel, was)
  _____
- o Drogen (wie viel, was)
  _____

**Regelmäßige Einnahme von**

- o Abführmitteln
- o Schlafmitteln
- o Andere Medikamente
  _____
  _____
  _____
  _____

**Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?**

- o Hoher Blutdruck
- o Herzinfarkt
- o Schlaganfall
- o Übergewicht
- o Diabetes
- o Gicht
- o Gallen-Nierensteine
- o TBC
- o Krebs
- o Asthma
- o Nerven-Gemütskrankheiten

**Operationen?**

- o _____
  _____
  _____

**Krankenhausauenthalte**

- o _____
  _____
  _____

**Sonstiges**

- o _____
  _____
  _____

**Wünschen Sie Informationen zu optimierten Gesundheitsleistungen?**

- o Akupunktur
- o Magnetfeldtherapie
- o Arthrose Therapie
- o Vitaminkur
- o Johanniskrautinfusionen
- o Immunstimulation
- o Eigenblutkur
- o Schmerzinfusionen
- o Tinnitus Therapie

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- o Telefonbuch
- o Internet
- o Gelbe Seiten
- o Zeitung
- o Praxisschild
- o Empfehlung

**Möchten Sie von uns an Ihre jeweils fälligen Untersuchungen, Vorsorgen und Impftermine erinnert werden?**

- o Telefon:_____
- o Fax:_____
- o E-Mail:_____

Unser gesamtes Praxisteam ist um Ihre Gesundheit bemüht. Sollte es trotz aller Anstrengungen zu Problemen kommen, sind wir für Verbesserungsvorschläge dankbar. Im Rahmen von medizinischen Maßnahmen kann es zur Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit und Arbeitsunfähigkeit kommen, sowie zur Beeinträchtigung durch andere Medikamente. Hausbesuche führen wir generell nicht durch, über Ausnahmen entscheidet der Arzt. Wir danken für Ihre Mithilfe! Die Praxis schließt Haftungsansprüche aus.

Datum:_____ Unterschrift:_____

**Bitte wenden!**