



Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie unsere Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß. So helfen Sie uns bei der richtigen Diagnose und Therapiewahl.

Sie können den Bogen ausdrucken und handschriftlich ausfüllen oder direkt am Monitor bearbeiten und dann drucken. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum Erstgespräch mit oder mailen Sie ihn an uns vorab.

**Sprechzeiten:**

Montag 8 - 12 Uhr und 15 - 17 Uhr  
 Dienstag 8 - 12 Uhr und 15 - 17 Uhr  
 Mittwoch 8 - 12 Uhr  
 Donnerstag 8 - 12 Uhr und 15 - 17 Uhr  
 Freitag 8 - 12 Uhr  
 Samstag 9 - 11 Uhr

oder nach Vereinbarung

Mein Termin ist am

 .  . 

bei dem Arzt

U. Lauinger  Dr. Ch. Ramon

Alter

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Geschlecht

männl.  
 weibl.

Vorname

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon tagsüber

Telefon abends

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Krankenkasse

Kurzbeschreibung Ihrer Beschwerden

keine, ich möchte eine/n Vorsorgeuntersuchung / Check-up

Nikotinkonsum

nein  
 gelegentlich  
 regelmäßig

Alkoholkonsum

nein  
 gelegentlich  
 regelmäßig

Sport

nein  
 gelegentlich  
 regelmäßig

Schwangerschaft

nein  
 ja, im  Monat  
 ungewiss

Herzschrittmacher

nein  
 ja

Welche Allergien / Unverträglichkeiten haben Sie?					
	ja	nein		ja	nein
Penicilin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aspirin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blütenstaub	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tierhaare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausstaubmilben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Metalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere (z. B. Lebensmittel):					

Welcher Impfschutz besteht für Sie?					
	ja	nein		ja	nein
Tetanus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diphtherie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Masern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mumps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Röteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere:					



Welche Arzneimittel nehmen Sie derzeit ein?					
	ja	nein		ja	nein
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlafmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychopharmaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruckmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkältungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffwechselformen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Naturheilmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere:					

Bei welchen Ärzten sind Sie derzeit in Behandlung?					
	ja	nein		ja	nein
Zahnarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	H/N/O-Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauenarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Urologe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopäde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Augenarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allgemeinarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heilpraktiker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurologe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere:					

Welche Operationen / Krankenhausaufenthalte hatten Sie?	
Grund:	Jahr: _____ <input type="radio"/> OP
Grund:	Jahr: _____ <input type="radio"/> OP
Grund:	Jahr: _____ <input type="radio"/> OP

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			
Familienangehörige	<input type="radio"/>	Arbeitskollegen	<input type="radio"/>
Bekannte / Nachbarn	<input type="radio"/>	anderer Arzt	<input type="radio"/>
Therapeut	<input type="radio"/>	Telefonbuch	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	Praxisschild	<input type="radio"/>
Anderes:			

Welche Vorerkrankungen haben / hatten Sie?					
	ja	nein		ja	nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lunge/Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atemwege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutzucker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen/Darm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenke/Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BCG-Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fettstoffwechsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere:					

Welche Anmerkungen möchte Sie noch machen?



Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Allgemeinzustand?					
	gut	eher gut	mäßig	eher schlecht	schlecht
Wie fühlen Sie sich allgemein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie beurteilen Sie Ihre aktuelle Leistungsfähigkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Gemütsverfassung ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut bewältigen Sie besondere körperliche Anstrengungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie beurteilen Sie Ihren Schlaf in letzter Zeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut ist Ihre Konzentrationsfähigkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gut funktioniert Ihre Verdauung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie schätzen Sie Ihre nervliche Verfassung ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie schätzen Sie derzeit Ihre Fröhlichkeit und Zufriedenheit ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Besondere gesundheitliche Belastungen					
Allgemein	ja	nein		ja	nein
Fühlen Sie sich häufig müde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Ausland?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Wenn ja, wo? _____		
Herz	ja	nein		ja	nein
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzstolpern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklopfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzmuskelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lunge	ja	nein		ja	nein
Luftnot bei Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Luftnot bei Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma Bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Häufige Infekte der oberen Atemwege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heiserkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Magen / Darm	ja	nein		ja	nein
Sodbrennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Völlegefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magendruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oberbauchdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bauchkrämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afterjucken / -brennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zungenbrennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechter Geschmack im Mund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blähungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreislauf	ja	nein		ja	nein
Hoher / niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augenflimmern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schweißneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hitzewallung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kalte Füße / Hände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Armen / Beinen / Lippen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsdruck (Kloßgefühl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			



Besondere gesundheitliche Belastungen					
Nieren / Blase	ja	nein		ja	nein
Flankenschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leistenschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blasentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinnesorgane	ja	nein		ja	nein
Ohrengeräusche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ohrenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augenprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geruchs- / Geschmacks- / Wahrnehmungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haut	ja	nein		ja	nein
Hautausschlag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Juckreiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haarausfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zähne	ja	nein		ja	nein
Zahnschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Temperatur- / Berührungsempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tote Zähne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gezogene Zähne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie kürzlich Zahnbehandlungen? Wenn ja, welcher Art? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Knirschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	ja	nein		ja	nein
Neigen Sie zu Kopfschmerzen? Wenn ja, wann treten sie auf? _____ wie häufig sind sie? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helfen Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauen				ja	nein
Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Periode? Wenn ja, welche? _____				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie sich schon einmal alternativen oder naturheilkundlichen Untersuchungen oder Behandlungen unterzogen (auch Heilpraktiker)?

Ich bin einverstanden, von der Praxis per SMS oder eMail über Befunde und Praxisleistungen informiert zu werden.

Datum

Unterschrift

Bei eMail-Übertragung diesen Bereich nicht ausfüllen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!