

Fragebogen Allgemein

DATUM:																					
Name:																					
Geburtsdatum:																					
Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse sind Sie versichert?																					
Welche Symptome/Beschwerden haben Sie?																					
An welcher Körperstelle ?																					
Seit wann haben Sie diese Symptome/Beschwerden ?																					
Fand schon eine Vorbehandlung statt? <i>(bitte genauen Handelsnamen angeben, mit was behandelt wurde)</i>																					
Liegen schon Befunde vor? <i>(Bringen Sie bitte alle Vorbefunde mit in die Praxis)</i>																					
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein																				
Wenn ja, welche <i>(bitte genauen Handelsnamen angeben)</i>																					
Nehmen Sie unregelmäßig Medikamente ein? (z.B. Schmerztabletten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein																				
Wenn ja, welche <i>(bitte genauen Handelsnamen angeben)</i>																					
Bekannte Allergien?																					
<table border="1"><tr><td> </td><td>Heuschnupfen</td></tr><tr><td> </td><td>Hausstaubmilben</td></tr><tr><td> </td><td>Tierhaare</td></tr><tr><td> </td><td>Nahrungsmittel</td></tr></table>		Heuschnupfen		Hausstaubmilben		Tierhaare		Nahrungsmittel	<table border="1"><tr><td> </td><td>Insekten</td></tr><tr><td> </td><td>Nickel</td></tr><tr><td> </td><td>sonstiges</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		Insekten		Nickel		sonstiges						
	Heuschnupfen																				
	Hausstaubmilben																				
	Tierhaare																				
	Nahrungsmittel																				
	Insekten																				
	Nickel																				
	sonstiges																				
Familienanamnese der Angehörigen? (Eltern, Geschwister)																					
<table border="1"><tr><td> </td><td>Heuschnupfen</td></tr><tr><td> </td><td>Hausstaub-Allergie</td></tr><tr><td> </td><td>Tierhaar-Allergie</td></tr><tr><td> </td><td>Nahrungsmittel-Allergie</td></tr><tr><td> </td><td>Sonstiges</td></tr></table>		Heuschnupfen		Hausstaub-Allergie		Tierhaar-Allergie		Nahrungsmittel-Allergie		Sonstiges	<table border="1"><tr><td> </td><td>Asthma</td></tr><tr><td> </td><td>Neurodermitis</td></tr><tr><td> </td><td>Schuppenflechte</td></tr><tr><td> </td><td>Schwarzer Hautkrebs</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		Asthma		Neurodermitis		Schuppenflechte		Schwarzer Hautkrebs		
	Heuschnupfen																				
	Hausstaub-Allergie																				
	Tierhaar-Allergie																				
	Nahrungsmittel-Allergie																				
	Sonstiges																				
	Asthma																				
	Neurodermitis																				
	Schuppenflechte																				
	Schwarzer Hautkrebs																				
Sind Sie berufstätig ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein																				
Welchen Beruf üben Sie aus?																					
Falls Sie Rentner oder Hausfrau sind.... Welchen Beruf haben Sie ausgeübt bzw. gelernt ?																					