

Frauenärztliche Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Catherine Ruth
Naturheilverfahren
Dr.med. J. Fischer-Thalacker
Homöopathie



Gerhard-Rohlf's-Straße 46
28757 Bremen-Vegesack
Tel.: 652666
Fax: 650003

Patientenfragebogen

Herzlich Willkommen in unseren Sprechstunden.

Die folgenden Angaben benötigen wir, um Sie umfassend beraten und behandeln zu können. Alle Angaben unterliegen natürlich der **ärztlichen Schweigepflicht**.

Offene Fragen und Anliegen können wir dann sicher im gemeinsamen Gespräch klären.

Name, Vorname :

Anschrift :

Telefon : Handy :

e-mail : Fax :

Hausarzt/ärztin : Geburtsdatum :

Familienstand : Beruf/Ausbildung :

Bisherige **Geburten** (Jahr, Schwangerschaftsverlauf, Geburtsart, Geschlecht, Gewicht, Größe, gestillt ja/nein)

Bisherige **Fehlgeburten/Abbrüche** (Jahr, Schwangerschaftsmonat):

Derzeitige Verhütung :

Sportliche Aktivitäten :

Alter der 1. Regelblutung (in Jahren) :

Beginn der Wechseljahre (in Jahren) :

Kinderkrankheiten :

Impfungen : (wann, welche, Impfpaß vorhanden ?, bitte mitbringen)

bitte wenden →

Operationen (wann, was ?) :

Erkrankungen wie z.B. (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Bluthochdruck Herzerkrankung Diabetes mellitus Schilddrüsenerkrankung
Asthma Thrombosen/Embolien/Schlaganfall Osteoporose Allergien welche ? (Allergie-Paß ?)
Krebserkrankung welche, wann ?
Andere welche ?

Aktuelle Medikamente :

Genussmittel (ungefähre Menge) :

Nikotin: Alkohol: andere :

Erkrankungen in der Familie (Zutreffendes bitte ankreuzen) :

Bluthochdruck Diabetes mellitus Herzerkrankung Schlaganfall Thrombosen/Embolien Behinderungen
Osteoporose Krebserkrankungen welche, bei wem, Alter ?

Ganzheitliche Medizin :

Ich habe Interesse an die Schulmedizin ergänzenden Heilverfahren wie

Naturheilverfahren: Ja Nein Weiß nicht

Homöopathie: Ja Nein Weiß nicht

Terminreminderung/Recall :

Ich möchte an Kontrolltermine, wie die Krebsvorsorge und andere wichtige Termine erinnert werden : Nein Ja

Wenn ja, dann mittels : Fax e-mail Telefon Brief Handy

Unterschrift/Datum

Befundübermittlung

Seit 1.4. 2005 sind wir verpflichtet, automatisch alle Untersuchungsbefunde an ihre/n behandelnde/n Hausarzt/-ärztin weiterzuleiten. Dies bringt erhebliche Mehrarbeit mit sich, da dies auch Normalbefunde betrifft. Bitte prüfen sie, ob sie uns von dieser Pflicht bis auf Widerruf entbinden wollen. Wichtige Befunde werden wir auch weiterhin ihrem/ihrer Arzt/Ärztin mitteilen.

Bitte ankreuzen :

Ja, ich wünsche eine automatische Befundübermittlung.

Nein, ich wünsche keine Befundübermittlung

Unterschrift/Datum

Vielen Dank für ihre Mitarbeit !