

Frauenärztliche Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Catherine Ruth

Naturheilverfahren

Dr.med. J. Fischer-Thalacker

Homéopathie



Gerhard-Rohlfs-Straße 46

28757 Bremen-Vegesack

Tel.: 652666

Fax: 650003

Questionnaire

Soyez les bienvenus dans notre cabinet. Pour mieux vous traiter remplissez toutes les questions si possible. S'il y a des points ouverts, on pourra les discuter ensemble. Merci pour votre compréhension.

nom, prénom :

adresse:

téléphone :

portable :

e-mail :

fax :

Hausarzt/ärztin :

date de naissance :

état civil :

travail :

accouchements, (année, sorte d'accouchement, sexe, poids, allaitement oui/non)

fausses couches, avortements : (année, mois de grossesse):

contraception actuelle :

âge des premiers règles :

âge des derniers règles :

maladies d'enfance :

Vaccinations (lesquels, quand, passport des vaccinations ?)

changez la page →

Opérations (quand, quoi ?) :

maladies (cochez svp.) :

- hypertension maladie de coeur diabète glande thyroïde asthme thrombose/embolie
 accident vasculaire cérébrale ostéoporose allergies lesquelles ? (documents ?)
 maladie de cancer laquelle, quand ?
 autres, lesquelles ?

medicaments actuels :

cigarettes : alcool: autres: (environ par jour)

maladies de famille (cochez svp.) :

- hypertension diabète maladie de coeur accident vasculaire cérébrale thrombose/embolie
 ostéoporose maladie de cancer laquelle, chez quel membre de famille ?

médecine complémentaire :

Je suis intéressée aux méthodes complémentaires :

Naturopathie: Oui Non je ne sais pas

Homéopathie: Oui Non je ne sais pas

Rappel de rendez-vous/ Recall :

Je veux être rapellée aux rendez-vous de contrôle comme dépistage de cancer ou autres rendez-vous importants :

Oui Non

Sorte de rappel : fax e-mail téléphone lettre portable

signature/date

Transmission des résultats

Oui, je veux une transmission de résultats à mon médecin de famille

Non, je ne veux pas une transmission de résultats.

signature/date

Merci beaucoup pour votre coopération !