



Dr. med. Saskia Hönscheid

PRAXIS FÜR INTEGRATIVE MEDIZIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

Patient

Titel / Name

Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Straße

Hausnummer

PLZ, Wohnort

Tel. (Privat)

E-Mail

Tel. (Mobil)

Beruf/Tätigkeit

Krankenvers.

Beihilfeberechtigung ☐ ja ☐ nein

versichert über

Name

Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Straße

Hausnummer

PLZ, Wohnort

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein Trinken Sie Kaffee? ☐ keinen ☐ < 3 Tassen/Tag ☐ > 3 Tassen/Tag

Haben Sie Haustiere? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Schnarchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein ☐ aufgehört

Wenn ja, wie viel am Tag? Seit wann?

Treiben Sie Sport? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welchen und wie oft?

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche?

Operationen/Bestrahlung/Chemotherapie? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (wann möglichst mit Jahreszahl):

Allergien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Medikamentenunverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Ist eine Berufskrankheit bekannt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen/Infektionen?

☐ Bluthochdruck

☐ Thrombose

☐ Herzinfarkt

☐ Schlaganfall

☐ Diabetes

☐ Lebererkrankung

☐ Nierenerkrankungen

☐ Asthma bronch.

☐ COPD

☐ Tuberkulose

☐ Gemütskrankheiten

☐ Schilddrüsenerkr.

☐ Reizdarm

☐ Krampfanfälle

☐ Blutungsneigung

☐ Migräne

☐ Chr. Infektionen

☐ Rheuma

☐ Arthrose

☐ Osteoporose

☐ Krebserkrankungen

☐ Glaukom

☐ HIV

☐ Windpocken

☐ Röteln

☐ Masern

☐ Mumps

☐ Keuchhusten

☐ Hepatitis

Sonstige:



Dr. med. Saskia Hönscheid

PRAXIS FÜR INTEGRATIVE MEDIZIN

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- ☐ Bluthochdruck ☐ Herzrhythmusstör. ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Thrombose
☐ Krebserkrankungen ☐ Allergien ☐ Diabetes mellitus ☐ Asthma bronch. ☐ COPD

Sonstige:

Neigen Sie zu?

- ☐ Kopfschmerzen ☐ Leistungsminderung ☐ Bauchschmerzen ☐ Durchfall ☐ Verstopfung
☐ Rückenschmerzen ☐ Gedächtnisschwäche ☐ Traurigkeit ☐ Müdigkeit ☐ Schwindel
☐ Übelkeit ☐ Atemnot ☐ Nahrungsmittelunverträglichkeit

Wie viele Infekte (z.B. Erkältung, Hals- bzw. Blasenentzündung) hatten Sie in den letzten 12 Monaten:

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, Blutverdünner, bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Reisen in außereuropäische Länder in den letzten Wochen/Monaten/Jahren)? ☐ ja ☐ nein

Kontakt zu unserer Praxis/Empfehlung durch:

- ☐ Arzt ☐ Familie ☐ Bekannte(r) ☐ Telefonbuch ☐ Zeitung ☐ Internet ☐ Praxisschild ☐ Sonstiges

Wann war Ihre letzte Gesundheits-/Krebsvorsorge?

Möchten Sie über Vorsorge-Termine informiert werden? ☐ ja ☐ nein

Hiermit beantrage ich die Untersuchung und Behandlung als Privatpatient bis zu meinem schriftlichen Widerruf. Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) bin ich einverstanden. Das Honorar habe ich unabhängig von der Erstattung durch Versicherung oder Beihilfe selbst zu tragen.

.....
Datum

.....
Unterschrift