



# 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?**

- |   |  |                                      |                                     |                                       |
|---|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck     | <input type="radio"/> Thrombose          | <input type="radio"/> Herzinfarkt    | <input type="radio"/> Schlaganfall  | <input type="radio"/> Diabetes        |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung   | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> Asthma bronch. | <input type="radio"/> COPD          | <input type="radio"/> Tuberkulose     |
| <input type="radio"/> Gemütskrankheiten | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkr.  | <input type="radio"/> Reizdarm       | <input type="radio"/> Krampfanfälle | <input type="radio"/> Blutungsneigung |
| <input type="radio"/> Migräne           | <input type="radio"/> Chr. Infektionen   | <input type="radio"/> Rheuma         | <input type="radio"/> Arthrose      | <input type="radio"/> Osteoporose     |
| <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Glaukom            | <input type="radio"/> HIV            | <input type="radio"/> Windpocken    | <input type="radio"/> Röteln          |
| <input type="radio"/> Masern            | <input type="radio"/> Mumps              | <input type="radio"/> Keuchhusten    | <input type="radio"/> 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

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren **E-Mail-Gesundheitsbrief** mit neuesten medizinischen Erkenntnissen zur Vorsorge, Diagnostik und Therapie sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?  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