



Dr. Christine Urban
Praxis für ganzheitliche Medizin

Wandastraße 9
45136 Essen
Telefon 0171. 892 55 15
urban@praxis-dr-urban.de
www.praxis-dr-urban.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen soll Ihrer Vorbereitung auf Ihren ersten Termin dienen. Auf diese Weise können Sie sich bereits im Vorfeld über bestimmte Sachverhalte Gedanken machen, Daten nachsehen und Befunde oder Unterlagen sammeln. Bitte bringen Sie diese auch zu ihrem Termin mit.

Wenn Sie mir diesen Bogen vor dem Termin zusenden, geben Sie mir die Möglichkeit zur Vorbereitung. Zudem dient der Fragebogen als Statusaufnahme und hilft, das Befinden und Ihre Beschwerden im Verlauf zu beurteilen. Sie sind nicht verpflichtet, ihn vollständig auszufüllen. Einige Fragen sind möglicherweise nicht zutreffend, andere möchten Sie vielleicht nicht in diesem Rahmen oder zum jetzigen Zeitpunkt beantworten oder Sie sind sich bei der Beantwortung unsicher. Wir besprechen offene Fragen bei Ihrem Termin gemeinsam.

Besten Dank im Voraus.

Allgemeine Anamnese

Name: _____ Vorname: _____

geboren: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

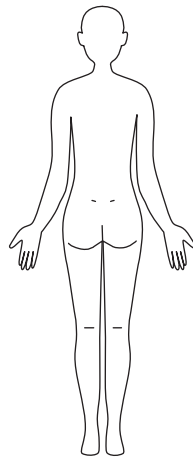
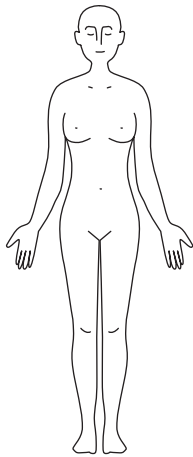
Warum kommen Sie? Weil/wegen _____

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? _____

Haben Sie weitere bekannte Erkrankungen? _____

Operationen/Unfälle (was und wann) _____

Hier können Sie die betroffene Körperregion/en einzeichnen



Haben Sie Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? Dosierung? _____

Welche (Fach-)Ärzte haben Sie bisher wegen Ihrer Beschwerden aufgesucht? Welche Untersuchungen wurden bisher gemacht? (Gerne können Sie Ihre bisherigen Befunde mitbringen.)

Welche Medikamente haben Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits zuvor eingenommen?

Welche Therapien (konventionell/alternativ) haben Sie bereits angewandt?

Vegetative Anamnese

Bitte kennzeichnen Sie die zutreffendste Antwort. Bei der Abfrage von Stärke oder Qualität ist eine Angabe auf einer Skala von 0 – 10 hilfreich, wobei 0 schlechteste Qualität bedeutet.

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg – konstant Abnahme Zunahme

Luftnot: nein bei Belastung ohne Belastung mit Brustenge

Nachtschweiß: nein ja

Power/Akku-Zustand: _____ Prozent (analog zum Handy)

Schmerzen: Skala 0 – 10 _____

(0 = keine Beschwerden, 1 = geringe Beschwerden, 4 = Schlaf noch möglich, 10 = stärkste Beschwerden)

Blutgerinnungsstörungen: nicht bekannt weiß nicht ja, und zwar:

Für Patientinnen

Schwangerschaft: ja nein nicht sicher

Geburten _____

Gewohnheiten

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel und seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol? _____

Weitere Anmerkungen

Datum: _____

Vielen Dank für Ihre Mühe!