

Informationsbogen Erstvorstellung



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Männlich Weiblich

Beruf: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Handy: _____

■ **Dr. med. Volker Maßmann**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Chirotherapie; Schlafdiagnostik

■ **Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Ernährungsmedizin; Lymphologie

Schwerpunktpraxis für ●●●
ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM®

49545 Tecklenburg
Ostlandweg 4

Tel.: 05481/93990
Fax: 05481/9399130

E-Mail: info@praxis-leeden.de
www.praxis-leeden.de

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

da Sie sich in unserer Praxis das erste Mal vorstellen möchten, wäre es für uns sehr hilfreich, wenn Sie uns vorab einige Informationen über Ihre Person, über eventuelle Vorerkrankungen und chronische Erkrankungen auch in Ihrer Familie geben. Dieses Vorgehen erleichtert uns die Arbeit sehr und soll verhindern, dass wichtige Informationen im Laufe des persönlichen Gesprächs vergessen werden. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Außergewöhnliche Kinderkrankheiten, z.B. Kinderlähmung, rheumatisches Fieber, infektiöse Gelbsucht:

.....

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
HIV	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Andere Vorerkrankungen.....

Wurden Sie schon einmal operiert? (z.B. Blinddarm, Mandeln, Kaiserschnitt, künstliche Gelenke, Herzschrittmacher, usw.)

.....

.....

Bitte wenden

