PRAXIS
Dr.med.univ.
Remzije Morina Gashi
Fachärztin für Allgemeinmedizin

089-66 13 10
089-46 22 10 88
info@praxis-drgashi.de
www.praxis-drgashi.de

Anschrift:
Ohlmüllerstr. 19
(durch Hinterhof, 1. Stock)
81541 München

ALLE PERSÖNLICHEN ANGABEN WERDEN VON UNS STRENG VERTRAULICH BEHANDELT.

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

UM SIE OPTIMAL BETREUEN ZU KÖNNEN, BITTEN WIR SIE, DEN FOLGENDEN FRAGEBOGEN AUSZUFÜLLEN.
BEANTWORTEN SIE BITTE ALLE FRAGEN VOLLSTÄNDIG UND FÜR DEN ARZT VERSTÄNDLICH.

ALLGEMEINE ANGABEN:

NAME: .....
VORNAME: .....
GEBURTSDATUM: .....
STRAßE: .....
PLZ / ORT: .....

MÄNNL. ☐ WEIBL. ☐ ALTER: ☐
TEL.: ..... HANDY: .....
E-MAIL: .....
BERUF: .....
FAMILIENSTAND: VER. ☐ LEDIG ☐ VERW. ☐ KINDER: JA ☐ NEIN ☐ WIEVIEL ☐

KRANKENKASSE: .....
PRIVAT: ☐ GESETZLICH: ☐
BEIHILFE: ☐ ZUSATZ: ☐
SONSTIGES .....

BITTE SCHILDERN SIE JETZIGE BESCHWERDEN: .....

ALLGEMEINE ANGABEN

RAUCHEN SIE?	☐ JA	☐ NEIN	- WENN JA WIE VIEL PRO TAG? .....
KONSUMIEREN SIE REGELMÄßIG ALKOOHOL?	☐ JA	☐ NEIN	- WENN JA, WIE VIEL? .....
SCHLAFSTÖRUNGEN?	☐ JA	☐ NEIN	- WENN JA WELCHE? .....
BESTRAHLUNGEN?	☐ JA	☐ NEIN	- WENN JA WELCHE? .....
CHRONISCHE INFEKTIONSKRANKHEITEN?	☐ JA	☐ NEIN	- WENN JA WELCHE? .....
SIND ALLERGIEN BEKANNT?	☐ JA	☐ NEIN	- WENN JA WELCHE? .....
HAUTKRANKHEITEN?	☐ JA	☐ NEIN	- WENN JA WELCHE? .....
FAMILIENKRANKHEITEN?	☐ JA	☐ NEIN	- WENN JA WELCHE? .....
WELCHE IMPFUNGEN HABEN SIE? IMPFPASS?	☐ JA	☐ NEIN	- WENN JA BITTE DEN IMPFPASS MITBRINGEN.
NEHMEN SIE REGELMÄßIG MEDIKAMENTE?	☐ JA	☐ NEIN	- WENN JA WELCHE? .....
WAREN SIE IN DEN LETZTEN ZEIT IM KRANKENHAUS?	☐ JA	☐ NEIN	- WENN JA ENTLASSUNGSBRIEF BITTE MITBRINGEN.

KÖRPERGEWICHT /-GRÖßE? KILO ☐ CM ☐

HABEN SIE ODER HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

☐ BLUTHOCHDRUCK	☐ GEFÄßERKRANKUNG	☐ SCHILDRÜSENERKR	☐ DIABETES MELLITU	☐ ARTHROSE
☐ HERZINFARKT	☐ THROMBOSE	☐ LEBERERKRANKUNG	☐ HEPATITIS	☐ OSTEOPOROSE
☐ SCHLAGANFALL	☐ KRAMPFANFÄLLE	☐ NIERENERKRANKUNG	☐ HIV / AIDS	☐ GICHT
☐ KHK	☐ ASTHMA/COPD	☐ REIZMAGEN/- DARM	☐ KREBS / TUMOR	☐ RÜCKENSCHMERZEN
☐ MIGRÄNE	☐ SCHLAFAPNOE	☐ SCHWINDEL	☐ TINNITUS	☐ SONSTIGES

STRESS / PSYCHE

☐ BERUFLICHER / PRIVATER STRESS ☐ DEPRESSIONEN ☐ ANGST/PANIKGEFÜHLE ☐ MÜDIGKEIT ☐ ADS/KONZENTRATIONSSCHWÄCHE

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN? EMPFEHLUNG DURCH: .....

☐ ARZT ☐ FAMILIE ☐ BEKANNTE(R) ☐ TELEFONBUCH ☐ ZEITUNG ☐ INTERNET ☐ PRAXISSCHILD ☐ SONSTIGES

MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH DIE RICHTIGKEIT DER ANGABEN?

ORT/DATUM: UNTERSCHRIFT:

WIR DANKEN IHNEN FÜR IHRE MÜHE.
BITTE GEBEN SIE DEN FRAGEBOGEN AM EMPFANG AB.