



Ursula Martha Elster

Praktische Ärztin

hausärztliche, diabetologische,
psychosomatische Grundversorgung,
Notfallmedizin,
naturheilkundliche Ganzheitsmedizin,
Ayurvedaärztin

Ärztehaus 97 / 2. Stock (Aufzug)
81477 München, Herterichstr. 97

Öffnungszeiten

Mo. und Di. 07:30 - 12:30 Uhr u. 16:30 - 19:30 Uhr
Do. und Fr. 07:30 - 12:30 Uhr

Arzt-Sprechstunden

Mo. und Di. 09:00 - 12:00 Uhr u. 17:00 - 19:00 Uhr
Do. und Fr. 09:00 - 12:00 Uhr

Tel.: +49 89 79 65 95; Mobil: +49 172 9616072

Fax: +49 89 790 42 90

www.die-doktorin.de * www.tri-sana.de

Fragebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, nachfolgend finden Sie einen Fragebogen, der es uns erleichtern soll, Sie als Neupatient schneller und besser kennenzulernen. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir möchten Sie daher bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Bitte bringen Sie alle Ihre Vorbefunde mit bzw. reichen Sie bitte diese umgehend nach!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: _____

Vorname: _____

Beruf: _____

Geb.-Datum: _____

Alter: _____

Männlich:

weiblich:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Sonstiges:

Kontaktdaten:

Adresse: _____

Telefon (privat): _____

(geschäftlich): _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Hauptversicherter: Selbst () oder:

Krankenkasse: _____ beihilfeberechtigt: Ja () Nein ()

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Bei welchem Arzt waren Sie vorher: _____

Warum sind Sie heute gekommen: _____

Krankenanamnese:

Haben/Hatten Sie	Nein	Ja	Welche? / seit wann?
<input type="checkbox"/> Aktuelle Krankheiten			
<input type="checkbox"/> Frühere Krankheiten			
<input type="checkbox"/> Operationen / Krankenhausaufenthalte			
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck			
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit			
<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte			
<input type="checkbox"/> Gicht			
<input type="checkbox"/> Allergien			
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft			

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name des Medikaments				Seit wann?
	morgens	mittags	abends	

Ggf. Zusatzblatt, wenn die Tabelle nicht ausreicht.

Haben Sie aktuell Beschwerden?

an bzw. mit	Nein	Ja	Welche? / Seit wann?
<input type="checkbox"/> Kopf / Hals / Schilddrüse			
<input type="checkbox"/> Herz / Kreislaufsystem			
<input type="checkbox"/> Lunge / Atemwegen			

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

<input type="checkbox"/> Magen / Darm			
<input type="checkbox"/> Nieren/ Blase			
<input type="checkbox"/> Nerven / Knochen / Muskeln / Gelenken			
<input type="checkbox"/> Haut			
<input type="checkbox"/> Sonstige Beschwerden			

Lebensstil:

	Nein	Ja	
<input type="checkbox"/> Rauchen Sie?			Wieviel /Tag; seit wann?
<input type="checkbox"/> Trinken Sie regelmäßig Alkohol?			Wieviel /Tag; seit wann?
<input type="checkbox"/> Haben Sie viel Stress?			Wie oft? Welchen?
<input type="checkbox"/> Treiben Sie Sport?			Wie oft? Welchen?
<input type="checkbox"/> Essen Sie regelmäßig?			Wie oft? Ausgewogen?
<input type="checkbox"/> Schlafen Sie ausreichend?			Wieviele Stunden/Nacht? Arbeiten Sie im Schichtdienst?

Familienanamnese:

Gibt es in Ihrer Familie	Nein	Ja	Bei Wem?
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen			
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck			
<input type="checkbox"/> Schlaganfälle			
<input type="checkbox"/> Übergewicht			
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheiten			
<input type="checkbox"/> Krebsleiden			
<input type="checkbox"/> Rheuma			
<input type="checkbox"/> Rücken-/ Gelenkkrankheiten			
<input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen			

Um unnötig lange Wartezeiten zu vermeiden, hat unsere Praxis ein Bestell-System für Medikamente und Überweisungen.

Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, bitte wir um Absage mindestens 12 Std. vorher.

Datum: _____ Unterschrift: _____