

Dr. med. Christine Fabian

Praxis für biologische ganzheitliche Diagnostik und Therapie

Am Hofgarten 1-2 53113 Bonn

Tel.: 0228 - 914 04 46 Fax: 0228 - 914 04 47

Fragebogen zur Krankengeschichte (Mann)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Rauchen Sie? ja nein pro Tag

Körpergröße: _____ cm, Gewicht _____ kg

Telefonnummer: _____

Telefaxnummer: _____

Aktuelle oder chronische Beschwerden in Stichworten: _____

Vorerkrankungen: _____

Letzte Untersuchung beim Urologen? _____

Unfälle: _____

Knochenbrüche: _____

Zähne (Extraktionen, Amalgamfüllungen, Zahnersatz): _____

Impfungen (Impfpass vorhanden: Ja/Nein): _____

Hepatitisimpfung? ja nein, Jahr der letzten Tetanus-Impfung? _____

Aktuelle Laborwerte vorhanden: ja, nein. Bitte mitbringen!

Krankheiten in der Familie (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Schilddrüsen/ Tumorerkrankungen, Allergien - auf auf Medikamente?): _____

Medikamente (tägliche Einnahme u. Dosierung):

Medikamente (bei Bedarf):

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Regelmäßige Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln (Mineralien, Vitamine, Spurenelemente, o. Ä.):

Falls ja, welche:

Hatten Sie schon eine Thrombose oder gibt es eine Thrombose in der Familie? ____ ja, ____ nein

Ist eine Zuckerkrankheit bekannt? ____ ja, ____ nein

Hatten Eltern, Geschwister, Verwandte einen Herzinfarkt vor dem 50. Lebensjahr? ____ ja, ____ nein

Hatten Eltern, Geschwister, Verwandte einen Schlaganfall vor dem 50. Lebensjahr? ____ ja, ____ nein

Sind bei Eltern, Geschwistern erhöhte Blutfettwerte bekannt? ____ ja, ____ nein

Individuelle Gesundheitsleistungen entnehmen Sie bitte unserer Praxisvereinbarung.

Bonn, _____

Bonn, _____

(Unterschrift des Versicherten bzw. bei Minderjährigen
des/der Erziehungsberechtigten)

(Unterschrift der Ärztin)