

Dr. med. Christine Gess  
Allgemeinmedizin, Akupunktur, Naturheilverfahren

Dr. med. Ludwig Gess  
Internist, Hausarzt, Psychotherapeut

Dr. med. Klaus Röttger  
Internist, Hausarzt, Akupunktur, Manuelle Medizin,  
Naturheilverfahren, Ernährungsmedizin



**Patientenfragebogen**

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
<b>Email:</b>			<b>Tel:</b>

Bitte ankreuzen!

Dürfen wir Sie an ärztliche Kontroll- oder Impftermine erinnern?

Ja, per email:                       Ja, telefonisch:                       Nein

Wie haben Sie von der Praxis erfahren ?

Empfehlung     Isarkurier     Das Örtliche     Gelbe Seiten     Das Blaue Adressbuch     Internet

Ich habe grundsätzlich kein Interesse an individuellen Gesundheitsleistungen (Selbstzahlerleistungen).  ja

**Sozialanamnese:**

**Familienanamnese:**

(Eltern / Geschwister)  
nein / nicht  
bekannt                      ja

Evtl. Grad der Behinderung                      % (                      )

Sonstige Angaben

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Atopische Erkrankungen (Ekzem, Asthma, Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-, Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seelische Leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonst. Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Impfungen:**

Tetanus	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Polio	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Masern, Mumps, Röteln	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Hepatitis A, B	<input type="checkbox"/>	ja	Wann zuletzt ?	
Sonstige?	<input type="checkbox"/>			

Körpergewicht verändert :  zugenommen     abgenommen     gewollt     ungewollt    \_\_\_\_ kg

Rauchen:    nein  ja     Wenn ja, seit wie viel Jahren: \_\_\_\_\_    Wieviel Zigaretten am Tag: \_\_\_\_\_

Alkohol:    nein  ja     Wenn ja, wie viel pro Tag: \_\_\_\_\_    Wieviel pro Woche: \_\_\_\_\_

Sport:    nein  ja     Wenn ja, welche Sportart: \_\_\_\_\_    Wie oft pro Woche: \_\_\_\_\_

**Bisherige Erkrankungen:**

		wann	welche
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Erkrankungen der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Herz- und Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Magen- und Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Leber- und Gallenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Nieren- und Blasenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Nerven- und Gemütskrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____

Operationen  ja Welche \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_

Unfälle  ja Welche \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_

ständige ärztliche Behandlung  nein  ja  
regelmäßige Medikamenteneinnahme  nein  ja welche \_\_\_\_\_

**Arbeitsanamnese:**

Jetzige(r) Tätigkeit / Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Belastungen am jetzigen Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden?**

Appetit: \_\_\_\_\_ Husten: \_\_\_\_\_ Schlaf: \_\_\_\_\_ Ödeme: \_\_\_\_\_  
Speisenunverträglichkeit: \_\_\_\_\_ Auswurf: \_\_\_\_\_ Nächtl. Wasserlassen: \_\_\_\_\_ Allergien: \_\_\_\_\_  
Stuhlgang: \_\_\_\_\_ Atemnot: \_\_\_\_\_ Zyklus: \_\_\_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_  
Wasserlassen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_