

Liebe Patientinnen und Patienten bzw. Eltern!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (für sich selbst oder Ihr Kind). Sie helfen uns dadurch, Ihr Problem und Anliegen umfassend und angemessen aufgreifen zu können. Alle Angaben unterliegen der **Schweigepflicht**.

Name	Vorname	geboren	Krankenkasse
Anschrift (EDV): GGf. abweichende <u>tatsächliche</u> Anschrift:		Wichtiger betreuender Arzt	
E-Mail	Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen? → <u>Bitte ankreuzen:</u>		
Tel.	<input type="radio"/> Empfehlung Bekannte <input type="radio"/> Internet Google <input type="radio"/> Empfehlung Arzt <input type="radio"/> Familie / Partner <input type="radio"/> Krankenkasse <input type="radio"/> Schild am Haus <input type="radio"/> Gelbe Seiten Internet <input type="radio"/> Youtube <input type="radio"/> Sonstiges:		
Tel. mobil / Arbeit			
Beruf			

1. Mit welchem **Problem** kommen Sie zu mir?
2. Welche Hilfe wünschen Sie? **Schulmedizin – Homöopathie – Hypnotherapie – Kinesiologie – Klopftherapie?**
3. Haben Sie eine **schwere Allergie** (Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Insekten, Spritzen)?
4. Hatten Sie **ernstere Unfälle?** Beschwerden seitdem?
5. Hatten Sie bedeutsame **Operationen?**
6. Hatten Sie **Krankenhaus-, Kur- oder Klinikaufenthalte?** Warum?
7. Leiden Sie unter einer **chronischen Grunderkrankung** oder regelmäßig wiederkehrenden Beschwerden?
8. Haben Sie **seelische Beschwerden?** (Ängste, Depressionen, Schlafstörungen, Erschöpfung, Trauma, Sonstiges?)
9. Nehmen Sie regelmäßige **Medikamente** ein? Welche? (Pille, Hormone, Schmerzmittel, Beruhigungs-, Schlafmittel)
10. **Welche - auch alternativen - Behandlungen** haben Sie in den letzten Jahren schon erhalten? Welcher Erfolg?

Hinweis: Wir sind für Sie „auf Kasse“ im üblichen Umfang allgemeinmedizinisch tätig. Spezialbehandlungen aus dem ganzheitlichen Bereich sind in der Regel kostenpflichtig. Bitte fragen Sie uns hierzu - siehe auch unsere Flyer und Website.

Einverständnis Daten-Nutzung

A: Wir dürfen Sie per **Mail + Tel.** kontaktieren + Ihnen auch **Befunde** unverschlüsselt per Fax + Mail übermitteln.

B: Ich bin einverstanden, ca. 1-2 Mal pro Quartal **Informationen** zur Organisation, zu Urlaubszeiten, zum Therapieangebot und Tipps zum Thema Gesundheit per Mail zu erhalten. Eine Abmeldung ist jederzeit möglich.

→ **NUR, wenn A oder B unerwünscht ist, bitte den jeweiligen Text streichen!**



Danke für Ihre Mitwirkung! - Ihr Praxisteam

Hamburg, den

Unterschrift

