

Dr. med. Berthold Musselmann

Arzt für Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren
Umweltmedizin
Chirotherapie

Hauptstr. 120
69168 Wiesloch
Tel.: 06222 81236
Fax: 60222 8095

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Herzlich Willkommen in unserer Praxis!
Wir möchten Sie zunächst bitten, einige Fragen schriftlich zu beantworten:*

Familiename:			
Vorname:		Geburtsdatum:	
Adresse:			
Tel. privat:		Tel. geschäftlich:	
erlernte Berufe:			
Arbeitgeber/Firma:			
Krankenkasse:			
mitversichert mit folgender Person:			
freiwillig versichert?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bei welchen Ärzten waren Sie bisher in Behandlung und wann waren Sie zuletzt dort?			
Hausarzt:			
Internist:			
Orthopäde:			
Neurologe/Nervenarzt:			
Psychotherapeut:			
Heilpraktiker:			
andere Fachärzte:			
Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre bisherigen Behandler uns einen Befundbericht schicken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wesentliche Ereignisse in Ihren Gesundheitsvorgeschichte, erste Entwicklung der aktuellen Symptome (bei umfangreichen Vorgeschichten ist ein Extrablatt mit möglichst zeitlicher Ordnung hilfreich):			
Seelische Leiden in der Vorgeschichte und aktuell (natürlich auch gerne mündlich):			
Haben Sie Umgang mit gefährlichen Stoffen am Arbeitsplatz/ zu Hause (auch früher, inklusive Holzschutzmittel):			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Falls ja, mit welchen?	
Welche Unfälle, Verletzungen, Knochenbrüche oder Krankenhausaufenthalte hatten Sie, und wann?			

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie, und wann?				
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Scharlach
Welche Operationen hatten Sie, wann und wo?				
Welche Krankheiten gibt es in Ihrer Familie (z.B. Schuppenflechte, Heuschnupfen, Asthma, Neigung zur Krebserkrankung, Depression, etc.)?				
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig oder nach Bedarf? In welcher Dosierung? Bitte geben Sie auch alle Medikamente an, die sie früher schon genommen haben, soweit möglich:				
<input type="checkbox"/> Antibabypille		<input type="checkbox"/> Schmerzmittel		
<input type="checkbox"/> Abführmittel		<input type="checkbox"/> Kräutertees		
<input type="checkbox"/> Vitamine		<input type="checkbox"/> Salben		
Weitere:				
Welche Allergien (Medikamentenunverträglichkeit, Heuschnupfen, Asthma, usw.) haben Sie?				
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, wie viel täglich? Seit wann?				
Alkoholische Getränke?				
<input type="checkbox"/> 1 Bier/(0,1l) Wein pro Tag?		<input type="checkbox"/> 2 pro Tag	<input type="checkbox"/> 3 und mehr	
Ernährung?	<input type="checkbox"/> Mischkost	<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> vegan	<input type="checkbox"/> Vollwertkost
Sind Sie verheiratet/in fester Beziehung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wie viele Kinder haben Sie?	___ Töchter ___ Söhne			
Sind diese Gesund?				
Sind Sie in Rente?	<input type="checkbox"/> Ja, seit			<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen anerkannten "Grad der Behinderung" oder beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Falls ja, welchen?				
Möchten Sie auch über naturheilkundliche Verfahren die Ihre Krankenkasse nicht erstattet, informiert werden?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Aktuelles Gewicht kg		Größe cm		
Wie oft treiben Sie Sport?				
<input type="checkbox"/> mehr als dreimal die Woche		<input type="checkbox"/> ein- bis zweimal	<input type="checkbox"/> sporadisch	<input type="checkbox"/> nie
Letzte Impfungen (Jahr)?	Tetanus	Diphtherie	Polio	
Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?				
<input type="checkbox"/> Empfehlung	<input type="checkbox"/> Praxisschild		<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> weiteres
Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin alle Befunde, Röntgenbilder, Röntgenpass, Impfunterlagen, blutgruppenausweis, Mutterpass, Vorsorgehefte, Laborwerte, und ähnliche Unterlagen, die Sie zu Hause haben, mit. Bitte lesen Sie unsere „Praxisinformation für Patienten“ und fragen Sie uns, wenn Ihnen etwas unklar sein sollte.				
Datum		Unterschrift		

