Name, Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Telefon/ Handy: E-Mail:

bekannte Erkrankungen (Vergangenheit und/oder akut):

Bluthochdruck	Nein	0	Ja, seit
Herzerkrankungen, Herzinfarkt	Nein	0	Ja, seit:
Schlaganfall	Nein	0	Ja, seit:
Zuckerkrankheit/Diabetes	Nein	0	Ja, seit:
Fettstoffwechselstörungen	Nein	0	Ja, seit:
Tumorerkrankung	Nein	0	Ja, seit:
Lebererkrankungen	Nein	0	Ja, seit:
chron. Infektionskrankheiten	Nein	0	Ja, seit:
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein	0	Ja, seit:
Lungenerkrankungen	Nein	0	Ja, seit:
Thrombose/Lungenembolie	Nein	0	Ja, seit:
Augenerkrankungen	Nein	0	Ja, seit:
psychische Erkrankungen	Nein	0	Ja, seit:
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	Nein	0	Ja, seit:
Operationen / Unfälle	Nein	0	Ja, was/wann:

sonstige Erkrankungen:

Haben Sie Allergien? Nein 0 Ja 0

Gegen Medikamente? wenn Ja, gegen welche?_____

Andere Allergien _____

Rauchen Sie? Nein 0 Ja, wie viel?_____ nicht mehr seit_____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein 0 Ja 0 wie viel etwa?_____

Wie groß sind Sie? _____cm. Wie viel wiegen Sie? _____kg.

Wer war der bisherige Hausarzt? _____

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein 0 Ja 0 wann?_____

Darmspiegelung Nein 0 Ja 0 wann?_____

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein	0	Ja	0
Herzerkrankungen	Nein	0	Ja	0
Schlaganfall	Nein	0	Ja	0
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein	0	Ja	0
Zuckererkrankungen/ Diabetes mellitus	Nein	0	Ja	0
Tumorerkrankungen	Nein	0	Ja	0
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein	0	Ja	0
Thrombose oder Lungenembolie	Nein	0	Ja	0

Sozialanamnese

Familienstand: Kinder:

für Kinder: gemeinsames Sorgerecht 0 alleiniges Sorgerecht 0 Vater 0 Mutter 0

Wünschen Sie eine naturheilkundliche Behandlung? Nein 0 Ja 0

Bitte vereinbaren Sie **stets** einen Termin

Praxis Fr. Dr. S. Putz Unterschrift_____