

Für meine Patienten!

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und bringen es zu unserem persönlichen Gespräch mit. Es ermöglicht mir einen ersten Überblick über Ihre Ausgangssituation und unterstützt mich bei meiner umfassenden Diagnostik. Eine sorgfältige Diagnose ist für mich die Grundlage, ein für Sie bestmögliches Behandlungskonzept zusammenzustellen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Dr. med. M. Lotfi

Name: _____

Vorname: _____

geb.am: _____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____

Tel.privat: _____

Tel. dienstlich: _____

Mobil: _____

Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Familienstand: ledig getrennt verheiratet

Berlin, den _____

Unterschrift:

Name:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Wie groß sind Sie _____ cm

Wie viel wiegen Sie _____ kg

1. Welche Kinderkrankheiten haben Sie gehabt?
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? Ja Nein Weiß nicht
3. Sind Sie schwanger? Ja Nein Weiß nicht
4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus
oder zur Kur? Wenn ja, wann und warum! Ja Nein Weiß nicht
5. Haben Sie ein Augenleiden? Ja Nein Weiß nicht
6. Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein Weiß nicht
7. Leiden Sie unter Asthma? Ja Nein Weiß nicht
8. Sind Sie zuckerkrank (Diabetiker)? Ja Nein Weiß nicht
9. Hatten Sie bereits Gelbsucht (Hepatitis)? Ja Nein Weiß nicht
10. Hatten Sie Nieren oder Blasensteine? Ja Nein Weiß nicht
11. Neigen Sie zu Bluthochdruck
(nehmen Sie Medikamente)? Wenn ja, welche! Ja Nein Weiß nicht
12. Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? Ja Nein Weiß nicht
13. Nehmen Sie Blutverdünnungsmedikamente
(z.B. Falithrom, Marcumar)? Ja Nein Weiß nicht
14. Leiden Sie an Allergien (Heuschnupfen, Medikamente)?
Wenn ja, welche bekannten! Ja Nein Weiß nicht

Name:

Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | | | |
|--|----|------|------------|
| 15. Leiden Sie an Tuberkulose? | Ja | Nein | Weiß nicht |
| 16. Haben oder hatten Sie ernsthafte Herz-Kreislauf- oder Gefäßkrankungen oder ein Venenleiden? | Ja | Nein | Weiß nicht |
| 17. Hatten Sie Magen oder Dünndarmgeschwüre (Ulcus Ventriculi)? | Ja | Nein | Weiß nicht |
| 18. Sind oder waren Sie in orthopädischer Behandlung? | Ja | Nein | Weiß nicht |
| 19. Sind Sie bereits an Gelenken oder Bandscheibe operiert oder hatten in den letzten Monaten eine Knie-Spiegelung (Arthroskopie)? | Ja | Nein | Weiß nicht |
| 20. Leiden Sie an rheumatischen Erkrankungen oder chronischen Gelenkleiden? | Ja | Nein | Weiß nicht |
| 21. Tragen Sie eine Zahnprothese oder haben in letzter Zeit eine Zahnoperation gehabt (Zahntfernung, Wurzelbehandlung etc.)? | Ja | Nein | Weiß nicht |
| 22. Möchten Sie zu ihrem Krankheitsbild gerne auch über andere Behandlungsmethoden wie Ganzheitliche Medizin oder naturheilkundliche Behandlungsverfahren informiert werden? | Ja | Nein | Weiß nicht |
| 23. Weitere behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung) | | | |