

Dr. med. Folker K. Meißner

Praxis für Ganzheitsmedizin
Tätigkeitsschwerpunkte: Akupunktur
Störherd-Erkennung und -Behandlung



53639 Königswinter-Oberpleis
Dollendorfer Str. 42
Fon: 02244-871230
Fax: 02244-871231
www.dr-meissner.de
praxis@dr-meissner.de
USt-ID: DE173909691
StNr. 222/5292/2336

Erfassungsbogen für das Medical Coaching

Name: _____ Straße: _____
Vorname: _____ PLZ Ort: _____
Geschlecht: m / w Telefon: _____
Akad. Grad: Prof. / Dr. / _____ E-Mail: _____

Ich möchte mich einem Medical Coaching unterziehen, weil:

- Ich war wegen der oben aufgeführten Beschwerden bereits in ärztlicher oder psychologischer Behandlung.
- Die Beschwerden bestehen seit: _____
- Mir ist bewusst, dass meine Krankenkasse die Kosten für das Medical Coaching nicht übernehmen wird und ich diese entsprechend selbst tragen muss.**

Datum: _____ Unterschrift: _____



Ärztliche Fragen zur Krankheitsvorgeschichte

Name: _____ Akad. Titel: _____ GebDatum: _____
 Vorname: _____ E-Mail: _____
 Straße: _____ Tel.: _____
 PLZ/Ort: _____ mobil: _____
 Geschlecht: m / w Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
 Familienstand: () ledig () verheiratet () getrennt lebend
 () geschieden () verwitwet Staatsangehörigkeit: _____

Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____
 Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Angaben zu Ihrer Person und Krankenvorgeschichte auf diesem Fragebogen dienen der Klärung Ihres Krankheits- und Beschwerdebildes. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Die Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht

Jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen:

		ja	nein	?
	Magen-Darm-Erkrankungen (Ulcus, Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Gelbsucht, Leber- oder Gallenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nieren- oder Blasenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nächtliches Wasserlassen wenn ja, wie oft? _____ Mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Männer:				
	Krankheiten der Prostata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Krankheiten des Hodens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Frauen:				
	Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Erkrankungen der weiblichen Brüste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Unregelmäßige Periode letzte Periode am _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Tripper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hautkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nervenkrankheiten (Anfälle, Depressionen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Krankheiten der Wirbelsäule (Ischias, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Knacken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Knochenbrüche, Unfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aktuelle Beschwerden:

	ja	nein	?
Haben Sie Fieber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Augenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Halsschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hatten Sie schon einmal eine der folgenden Krankheiten?

Typhus / Paratyphus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grüner Star / Grauer Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronchitis, Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma, Heuschnupfen, Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, wogegen: _____			
Hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Gefäßleiden Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombosen, Krampfadern, Hämorrhoiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

bitte wenden ->

	ja	nein	?
* Stoffwechselkrankheiten			
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hohes Cholesterin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hohe Harnsäure, Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Tumore und Krankheiten des Blutes			
gutartige Tumore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebs wenn ja, welcher? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutarmut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Krankheiten wenn ja, welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie schwanger? ja nein ?
wenn ja, wieviele SSW _____ Woche

Wurden Sie schon einmal operiert?
wenn ja, woran? ja nein ?

Wurden Sie schon einmal mit radioaktiven Strahlen oder
Röntgenstrahlen behandelt? ja nein ?
wenn ja, warum und wo

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern,
in Asien, in den Tropen? ja nein ?
wenn ja, wo?

Nehmen oder nahmen Sie
Hormonpräparate ein (z. B. Pille)? ja nein ?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein ?

Haben Sie geraucht? ja nein ?

Rauchen Sie?
wenn ja, wieviel? _____ ja nein ?

Nehmen oder nahmen Sie Drogen?
wenn ja, welche? ja nein ?

Datum: _____

	ja	nein	?
Treiben Sie regelmäßig Sport? wenn ja, wie oft pro Woche? _____ Mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg zugenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 kg abgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie auffallend großen Durst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafen Sie schlecht ein oder durch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedrückt Sie etwas Ernstliches (Partnerschaft, Beruf, privat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an nervösen Beschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

	Eltern	Großeltern	Kinder
Hoher Blutdruck, Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gallen-, Nieren-, Blasensteine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebs (einschl. Brustkrebs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen, Medikamente, Arbeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Krankheiten wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was Sie mir noch sagen möchten:

Aktuelle Medikamente: _____

Unterschrift: _____
(bei Kindern: Erziehungsberechtigte/r)

Herzlichen Dank für Ihr Mitwirken.