



Privatpraxis
Dr. med. Julia Bäumer
Fachärztin für Urologie

☉Naturheilverfahren ☉Ernährungsmedizin
☉Homöopathie ☉ Andrologie

Dockenhudener Str. 27
22587 Hamburg

Tel: 040 / 866931-60
Fax: 040 / 866931-61

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus.

Name: _____ Geb.: _____

Welche Beschwerden haben Sie?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

1. seit _____
2. seit _____
3. seit _____
4. seit _____

Welche Medikamente nehmen Sie?

Können Sie gut schlafen? (Ein- oder Durchschlafstörungen)

Sind Sie häufig erkältet oder fühlen Sie sich oft schlapp und müde?

Haben Sie schon mal Antibiotika genommen? Wenn ja, wann, warum und welches?

Sind Sie operiert worden? Wenn ja, wann und warum? Voll- oder Teilnarkose?

Welche ernsten Erkrankungen hatten Sie in Ihrem Leben?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

<input type="checkbox"/>	Scharlach	<input type="checkbox"/>	Keuchhust en	<input type="checkbox"/>	Windpocke n	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>	Masern
--------------------------	-----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------	--------

Gibt es in Ihrer Familie „typische“ Erkrankungen? (Rheuma, Darmerkrankungen, Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Hauterkrankungen etc.)

Haben Sie eine große Auslandsreise gemacht? Wenn ja, wohin? Sind Sie vor dem Reisen geimpft worden? Wurde Malariaphylaxe gemacht? Wenn ja, womit?

Haben Sie sich Grippeimpfen lassen?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

Welche Füllungen oder welchen Zahnersatz haben Sie im Mund?

<input type="checkbox"/>	Amalgam	<input type="checkbox"/>	Gold	<input type="checkbox"/>	Kunststoffe	<input type="checkbox"/>	Prothese
--------------------------	---------	--------------------------	------	--------------------------	-------------	--------------------------	----------

Haben Sie beim Zahnarzt eine örtliche Betäubung bekommen?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

Hat Ihnen Ihre Mutter irgendetwas über Ihre Geburt erzählt? (Unkompliziert, sehr schnell, hat es sehr lange gedauert, Komplikationen etc.)

Haben Sie Kinder? Wie waren die Geburten? (PDA, Kaiserschnitt, Vollnarkose etc.)

Reagieren Sie auf bestimmte Stoffe/Nahrungsmittel allergisch?

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie gar nicht oder schlecht vertragen?

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht mögen?

Welche Nahrungsmittel bevorzugen Sie?

Trinken Sie lieber Tee oder Kaffee?

Rauchen Sie, haben Sie geraucht, wird oder wurde in Ihrem Umfeld geraucht? (Eltern, Büro etc.)

Bringen Sie bitte zur nächsten Behandlung Ihren *Impfpass* und die *Medikamente*, die Sie eingenommen haben oder zur Zeit einnehmen mit.

Datum _____

Unterschrift _____

Herzlichen Dank

Ihr Praxisteam