



Therapeutische Praxis

Dr. Torsten Fricke

Alte Dorfstraße 86 • 25712 Hochdonn • 04825/901084

Dr. Torsten Fricke

Facharzt für Anästhesiologie

Schwerpunkte:

Ganzheitliche Medizin

Umweltmedizin



Alte Dorfstraße 86

25712 Hochdonn

Tel./Fax.Nr.: 04825/ 90 10 84

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie möglichst effektiv behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen noch einige Informationen, die Sie auf diesem Fragebogen bitte – sofern erinnerlich mit Datum – eintragen sollten.

Kurzfristig abgesagte Termine - also weniger als 24 Stunden vorher – werden in Rechnung gestellt.

Bitte beachten Sie unbedingt, daß Sie vor der Behandlung nicht rauchen, und keinerlei Parfüme benutzen!

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Größe _____ Gewicht _____

Telefon / Handy : _____

1. Was sind Ihre aktuellen Beschwerden? Welche sonstigen Diagnosen sind Ihnen bereits bekannt?
2. Welchen Beruf haben Sie gelernt, und welchen üben Sie z.Zt. aus?
3. Gab es bedeutsame frühere Tätigkeiten / Hobbies (z.B. Umgang mit Chemikalien)?
4. Wie verlief Ihre eigene Geburt und die Ihrer Kinder (z.B. Kaiserschnitt, Zangengeburt, Saugglocke, Wehentropf)? Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?
5. Welche Impfungen haben Sie bisher bekommen (mgl. Impfpaß mitbringen)?

6. Hatten Sie Knochenbrüche oder Verrenkungen?
7. Gab es Unfälle (Verkehrsunfall, Schleudertrauma, Stürze) oder auch Bagatellverletzungen wie Umknicken, ausrutschen, Kopf stoßen, o.ä.?
8. Waren Sie je ohnmächtig oder bewusstlos?
9. Welche Operationen oder Krankenhausaufenthalte hatten Sie bereits?
10. Welche Narben haben Sie? Welche sind empfindlich? Gibt es Tattoos oder Piercings?
11. Welche Zahn-, oder kieferorthopädischen Behandlungen sind bei Ihnen durchgeführt worden (Brücken, Kronen, Wurzelbehandlungen, Operationen, Zahnspangen)?
12. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein (auch Verhütungsmittel), oder haben Sie über einen längeren Zeitraum einmal eingenommen (Kortison, Schmerzmittel, Antibiotika)?
13. Sind noch andere Therapien bei Ihnen durchgeführt worden (Chemotherapie, Strahlentherapie, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung, alternative Therapien, o.a.) ?
14. Gibt oder gab es bei Ihnen Hauterkrankungen oder Hautveränderungen?
15. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?
16. Angaben zur Menstruation: Regelmäßigkeit, Dauer, Stärke ?