

Dr. med. Hein Reuter

► Arzt für Allgemeinmedizin • Homöopathie • Akupunktur ◀

Sehr geehrter Patient, wenn Sie diesen Fragebogen gewissenhaft ausfüllen, kann der diagnostische Zeitaufwand deutlich abgekürzt werden. Davon profitieren Sie in doppelter Hinsicht: zum Einen können wir bei akuten Problemen schnell reagieren - auch dann, wenn im Sprechstundenablauf nur wenig Zeit ist. Zum Anderen verringern Sie dadurch die Behandlungskosten. Selbstverständlich kann der Fragebogen auch mit Hilfe des Arztes oder einer Praxisassistentin erarbeitet werden, wenn Sie dies wünschen. Bitte direkt an die Praxis senden unter Fax Nr. (+49) 0-6172-685281. Wenn Sie den Namen und

die Fax Nr. Ihrer Apotheke angeben, kann das zu erstellende Rezept ggf. direkt an diese weitergeleitet werden. Für Rückfragen benötigen wir auf jeden Fall Ihre Telefonnummer! Bitte berücksichtigen Sie, dass das Fax nur während der Sprechstunden bearbeitet werden kann. Außerhalb der Sprechzeiten hinterlassen Sie bitte eine telefonische Nachricht, falls eine dringliche Behandlung erforderlich ist. Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß wir nur diejenigen Patienten aufgrund einer telefonischen Beratung behandeln dürfen, die bereits in der Praxis untersucht wurden und dem Arzt persönlich bekannt sind.

AKUT-ANAMNESE

Name:	Zeit:	Datum:	
Geburtsdatum:	Versicherung:	Telefon:	Fax:
Straße:	Name Apotheke:		
Ort:	Fax Apotheke:		

Hauptbeschwerden:

Was haben Sie bisher dagegen unternommen? (Mit welchem Erfolg?)

Welche chronische Krankheit wird/wurde bereits behandelt? (Womit?)

Wetter

Wind	A B	Wechsel:	
Regen	A B	warm zu kalt	A B
Sturm	A B	kalt zu warm	A B
Schnee	A B	ständig wechselnd	A B

Bitte markieren Sie die Witterung mit A (= aktuell) oder B (= bei Beginn) der akuten Problematik.

Seit wann? Eventuelle Ursache? (Gibt es ähnliche Beschwerden bei Familienangehörigen?)

Wie ist die Körperoberfläche? (G R E = Gesicht, Rumpf, Extremitäten)

kalt	G R E	rot	G R E
warm	G R E	blaß	G R E
heiß	G R E	Flecken	G R E
trocken	G R E	Ausschlag	G R E
feucht	G R E	Sonstiges	G R E

► Privatpraxis ◀

Höhestraße 19 • 61348 Bad Homburg • Telefon 06172.685 280 • Fax 06172.685 281
www.heinreuter.de • dr@heinreuter.de

vom Arzt auszufüllen

Pat.:	Datum:	Zeit:	Beh.:
Ordo:			
		Zeitaufwand:	Leistung:

Wodurch erlangen die Beschwerden eine Verschlechterung (V) bzw. eine Besserung (B)?

Wärme	V B	Drinnen	V B
Kälte	V B	Draußen	V B
Ruhe	V B	Gesellschaft	V B
Bewegung	V B	Alleinsein	V B
Ablenkung	V B	Trost	V B
Tageszeit	V B	Sonstiges?	

Gibt es begleitende Beschwerden?

<input type="radio"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Erbrechen
<input type="radio"/> Durchfall	<input type="radio"/> Schwitzen
<input type="radio"/> Temperatur	<input type="radio"/> Wann?
<input type="radio"/> Schmerzen	

Sonstige Veränderungen oder Beschwerden?

Auffälliger Geruch und Beschaffenheit von Ausscheidungen?

<input type="radio"/> Schweiß	<input type="radio"/> Nasensekret
<input type="radio"/> Sputum	<input type="radio"/> Erbrochenem
<input type="radio"/> Stuhl	<input type="radio"/> Urin

Wie sind Durst und Appetit? (Abneigung, Verlangen oder Unverträglichkeit von bestimmten Speisen, heiß oder kalt?)

Verlangen nach Trost, Alleinsein, Gesellschaft?

Stimmung? (ängstlich, gleichgültig, reizbar o.ä.)

Wie ist Ihr Schlaf? (Träume, Erwachen, Position?)

Zahlungsweise

Telefonische Akutbehandlungen können nur bei Lastschrift- oder Mailorder-Ermächtigung durchgeführt werden. Bitte geben Sie uns Ihre Kontoverbindung an, falls uns diese noch nicht vorliegt

☐ per Lastschriftverfahren einzuziehen von meinem Konto:

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Bank _____

☐ Visa ☐ Eurocard/Mastercard

Kartennummer _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Gültig bis ____/____/____

(Falls ich für einzelne Rechnungen einen anderen Zahlungsweg wünsche, werde ich Sie vor der Behandlung informieren.)

Datum/Unterschrift _____