



Healthy Care Reform
Gehlegraben 13a D-22415 Hamburg
Telefon: +494053160570
Telefax: +494088143863
info@healthy-care-reform.com
[www- healthy-care-reform.com](http://www-healthy-care-reform.com)

**Patient Medical History Questionnaire/
(Questionnaire Médical de l'histoire du patient)**

Today's date: _____

(Date d'aujourd'hui)

Name as in Passport: _____

(Nom comme figurant sur le passport)

Date of Birth: _____

(Date de Naissance)

Address: (No P.O. Box)

(Adresse) _____

Country: _____

(Pays)

Height: _____ Weight: _____

(Taille)

(Poids)

Please tick all that apply to you:

(Cochez toutes les cases qui vous correspondent)

I suffer from:

(Je souffre de)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure
(Hypertension) | <input type="checkbox"/> Diabetes
(Diabète) | <input type="checkbox"/> Coronary Heart Disease
(maladie coronarienne) | <input type="checkbox"/> Previous Angina or Heart Attack
(Précédente angine ou crise cardiaque) |
| <input type="checkbox"/> Asthma
(Asthme) | <input type="checkbox"/> Cancer
(Cancer) | <input type="checkbox"/> Other:
(Autres) | |

What are your current complaints? (When did it start? / dates): None (Aucun)

(De quoi souffrez-vous actuellement? (Quand cela a-t-il commencé? / Date)

Have you been given a clear diagnosis?: None / (Aucun)
(Avez-vous déjà reçu un diagnostic clair?)

Diagnosis (Diagnostic): _____

Surgical History (including dates): None / (Aucun)
(Histoire chirurgicale) (Mentionnez la date)

Current Medications None / (Aucun)
(Vos médicaments actuels)

Current Therapies None / (Aucun)
(Traitements actuels)

Allergies (Allergies) None / (Aucun)

Do you have difficulty taking Anti-inflammatory medication?
(Avez-vous des difficultés à prendre des anti-inflammatoires ?)

Yes (Oui) No (Non)

Social History (Histoire sociale):

Tobacco use (Utilisation du tabac)

Yes (Oui) No (Non) If yes: packs per day _____ and years of use _____
Si oui: Paquets par jour _____ et le nombre d'années _____

Alcohol use: (Utilisation de l'alcool):

Yes (Oui) No (Non) If yes: amount per week _____
si oui: Combien de litres par semaine? _____

Job description: _____
(Description de l'emploi)

Working Status: Employed Unemployed Own Business Retired Disabled
Statut de travail: Employé Sans emploi Entrepreneur Retraité Désoeuvré

Marital Status _____ N° of children _____
(Situation matrimoniale) _____ N° d'enfants _____

Family medical History (histoire sanitaire de votre famille)

Please list any significant medical problems in your family (cancer, diabetes, heart diseases)

(Listez , s'il vous plaît, tous problèmes médicaux significatifs dans votre famille, au cas où il y en a) (cancer, diabète, maladie cardiaque)

Systemic Review: (Examen systématique)

Please mark all that apply to your health: (Marquez, s'il vous plaît, tout ce qui est relevant à votre santé)

Constitutional (Constitution)

- Fever (Fièvre), Chills(Frissons), Sweats(Sueurs)
- Weight loss (perte de poids)
- Glaucoma (glaucome)
- Change in appetite(Changement d'appétit)
- Excessive fatigue (Fatigue excessive)
- None of the above (Aucune de ces réponses)

Eyes(Yeux), Ears(Oreilles),

Nose(Nez) & throat(Gorge)

- Recent changes in vision (changements récents dans la vue)
- Metal fragments in eyes (Des fragments métalliques dans les yeux)
- Hearing loss (perte auditive)
- Poor Balance (Troubles de l'équilibre)
- None of the above (Aucune de ces réponses)

Cardiovascular

- Chest pain or Angina Sweats(Sueurs) dans la vue (douleurs poitrine ou Angine)
- High blood pressure (Hypertension)
- Heart murmur (Son dans le coeur)
- Irregular pulse (pouls irréguliers)
- Elevated Cholesterol (Cholestérol élevé)
- Calf pain when walking (Douleur au mollet lors de la marche)
- None of the above (Aucune de ces réponses)

Respiratory (respiratoire)

- Sleep apnea (Apnée du sommeil)
- Asthma, wheezing (asthma, respiration sifflante)
- COPD
- Chronic cough (toux chronique)
- Blood in sputum (Sang dans les crachats)
- Lung cancer (cancer du poumon)
- Pneumonia or bronchitis (pneumonie ou bronchite)
- None of the above (Aucune de ces réponses)

Gastrointestinal

- Ulcer or gastritis (ulcère, gastrite)
- Nausea or vomiting (nausea ou vomissements)
- Jaundice or liver problems (Jaunisse ou des problèmes de foie)
- Gallbladder problem (Problème de vésicule biliaire)
- GERD/heartburn (brûlures d'estomac)
- Colon cancer (Cancer du colon)
- None of the above (Aucune de ces réponses)

Genitourinary (Appareil génito-urinaire)

- Bladder infections (Infections de la vessie)
- Blood in urine (sang dans l'urine)
- Difficulty with urination (Difficulté à uriner)
- Kidney stones (Calculs rénaux)
- Prostate problems (problèmes du prostate)
- Abnormal Pap smear (Frottis de Pap anormaux)
- None of the above (Aucune de ces réponses)

**Musculoskeletal Skin Neurological
(l'appareil locomoteur Peau
neurologique)**

- Swelling in multiple joints (Enflure dans plusieurs articulations)
- Chronic rashes (éruptions cutanées chroniques)
- Seizures (saisies)
- Excessive flexibility of joints (flexibilité excessive des articulations)
- Eczema or Psoriasis (Une Eczéma ou le psoriasis)
- Leg pain/sciatica (Douleur à la jambe / sciatique)
- Broken bones, which? _____
(OS cases, lequel)
- Skin Cancer (cancer de la peau)
- Weakness of a limb (Faiblesse d'un member)
- Dislocated joints, which? _____
(luxations, laquelle)
- Breast lump/nipple discharge
(nodule du sein/ écoulement du mamelon)
- Numbness of a limb
(Engourdissement d'un member)
- Fibromyalgia (Fibrome)
- Bowel/bladder control loss
(Bowel/ perte de contrôle de la vessie)
- Reflex Sympathetic Dystrophy
(Algodystrophie)
- Stroke (Accident vasculaire cerebral)
- Loss of memory (perte de mémoire)
- None of the above (Aucune de ces réponses)

Psychiatric (psychiatrique)

- Anxiety (angoisse)
- Depression (Dépression)
- Claustrophobia (Claustrophobie)
- None of the above (Aucune de ces réponses)

**Endocrine Hematological
Immunology (Endocrine
Hématologie Immunologie)**

- Diabetes (diabète)
- Easy bleeding/bruising
(saignement facile/ ecchymoses)
- Thyroid problems (problèmes de thyroïde)
- Blood transfusions (transfusions du sang)
- Hormone Replacement therapy
(thérapie de remplacement d'hormone)
- Decreased resistance to infection
(Diminution de la résistance à l'infection)
- Taken Prednisone (Prednisone prise)
- Anemia (anémie)
- None of the above (Aucune de ces réponses)

Date & Signature: _____

If you have any questions or require help in filling out this form, please do not hesitate to contact us at given office number: **+49 40 53 16 05 70** or send us an email at info@healthy-care-reform.com

N'hésitez pas à nous contacter au cas où vous avez des questions ou des difficultés à remplir ce formulaire. Utilisez notre numéro de service **+49 40 53 16 05 70** ou envoyez-nous un email à info@healthy-care-reform.com

Important note:

All patient information provided to healthy care reform are kept confidential and are stored in a secure place. Information will only be exchanged with healthcare providers who are or will be directly involved in assessing and/or treating the patient. Patient information will not be passed on to any outside third party other than described above without prior consent of the patient.

Note importante:

Toutes les informations fournies par ou sur le patient à healthy care reform sont confidentielles et sont stockées dans un endroit sûr. Les dites informations ne seront échangées qu'avec les médecins traitants ou le personnel traitant qui sont ou seront directement impliqués dans l'évaluation et / ou le traitement du patient. Les informations concernant le patient ne seront pas transmises à des tiers extérieurs autre que décrit ci-dessus sans le consentement préalable du patient.

CONFIDENTIAL