



**Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. med. E.Geschke & J.Miorin-Bellermann**

Liebe Patientin, lieber Patient

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Beruf:

.....

Telefon:

.....

E-Mail:

.....

Wie groß sind Sie: ..... (cm) Wieviel wiegen Sie: ..... (kg)

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?  
Seit wann?

Bluthochdruck Nein  Ja  .....

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein  Ja  .....

Herzerkrankungen Nein  Ja  .....

Schlaganfall Nein  Ja  .....

Durchblutungsstörungen der Beine Nein  Ja  .....

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein  Ja  .....

Fettstoffwechselstörung Nein  Ja  .....

Tumorerkrankungen Nein  Ja  .....

Lebererkrankungen Nein  Ja  .....

Chronische Infektionskrankheiten Nein  Ja  .....

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein  Ja  .....

Lungenerkrankung (Asthma, COPD) Nein  Ja  .....

Thrombose o. Lungenembolie Nein  Ja  .....

Psychische Erkrankungen Nein  Ja  .....

Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen Nein  Ja  .....

Operationen/ Unfälle Nein  Ja  .....

.....

Rauchen Sie? Nein  Ja  Wenn ja, wie viel: ..... Nicht mehr seit: .....

Haben Sie Allergien? Nein  Ja  gegen: .....

Gegen Medikamente? Nein  Ja  Wenn ja, gegen welche?

.....

.....

Welche aktuellen Beschwerden führen Sie zu uns?

.....

.....

.....

.....

.....