



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)

Wie viel wiegen Sie: (kg)

Leiden an einer der folgenden Erkrankungen? Seit wann?

Bluthochdruck 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

Neurologische oder psychische Erkrankungen Nein Ja

Operationen/ Unfälle Nein Ja

.....

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

Haben Sie Allergien? Nein Ja gegen:

.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein(oder akt. Medikamentenplan beilegen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche aktuellen Beschwerden führen Sie zu uns?

.....

.....

.....

.....

.....

.....