

# Andreas Göckenjan

Facharzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin  
 Diabetologie • Sportmedizin • Naturheilverfahren  
 10827 Berlin, Hauptstraße 131  
 Tel.: (030) 781 13 49  
 Fax.: (030) 787 14 249  
 Mail: [info@hausarzt-diabetespraxis-berlin.eu](mailto:info@hausarzt-diabetespraxis-berlin.eu)



ausgefüllt am: ...../...../.....

<b>Patient:</b>			
Herr / Frau / X	Vorname:	Nachname:	Geb.-Datum: / /
<b>Telefon-Nr.:</b>			

Sehr geehrte(r) Patientin / Patient,  
 als Vorbereitung auf die Untersuchung bitten wir Sie, diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen und in der Anmeldung abzugeben.

<b>Aktuelle Beschwerden:</b>
.....
.....
.....

<b>Aktuelle Medikamente:</b>					
Medikament [mg]	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	Bei Bedarf

Unverträglichkeit / Allergie gegen Medikamente?     JA, gegen .....

<b>Vorsorgeuntersuchungen:</b>		<b>Chronische Erkrankungen:</b>	
letzte:	wann?	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Hohe Blutfettwerte <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung der Beine <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Allergie – welche? .....	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Nieren/Harnwege <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten <input type="checkbox"/> Augen/Ohrenkrankheiten <input type="checkbox"/> sonstige .....
<input type="checkbox"/> Krebsvorsorge Haut <input type="checkbox"/> Krebsvorsorge Frau <input type="checkbox"/> Krebsvorsorge Mann <input type="checkbox"/> Gesundheitsuntersuchung	.....		
<b>Impfungen:</b>			
Impfbuch vorhanden?	<input type="checkbox"/> JA		
<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Polio (4x?) <input type="checkbox"/> sonstige	.....		

<b>Operationen/Verletzungen (wann, was?):</b>
.....

<b>Arbeit:</b>	<b>Belastungen bei der Arbeit:</b>
arbeite als .....	.....

Größe: ..... cm	Gewicht: ..... kg	Raucher? <input type="checkbox"/> JA, ...../Tag <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> FRÜHER
-----------------	-------------------	---

<b>Familienkrankheiten (Eltern, Geschwister?):</b>		<b>Seelische Belastungen?</b>
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Hohe Blutfettwerte <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung der Beine	.....

<b>Das wollte ich meinen Arzt schon immer mal fragen:</b>
.....

- Vielen Dank -