

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



ausgefüllt am:/...../.....

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum: / /

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

Aktuelle Beschwerden:

.....

.....

.....

Aktuelle Medikamente:

| Medikament [mg] | Morgens | Mittags | Abends | zur Nacht | Bei Bedarf |
|-----------------|---------|---------|--------|-----------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Unverträglichkeit / Allergie gegen Medikamente? JA, gegen

| Vorsorgeuntersuchungen: | | Chronische Erkrankungen: | |
|--|---|---|--|
| letzte: <input type="checkbox"/> Krebsvorsorge Haut <input type="checkbox"/> Krebsvorsorge Frau <input type="checkbox"/> Krebsvorsorge Mann <input type="checkbox"/> Gesundheitsuntersuchung | 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 |
| Impfungen: | | | |
| Impfbuch vorhanden? <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Polio (4x?) <input type="checkbox"/> sonstige | <input type="checkbox"/> JA wann? | | |

Operationen/Verletzungen (wann, was?):

.....

| Arbeit: | Belastungen bei der Arbeit: |
|--|---|
| arbeite als | |
| Größe: cm Gewicht: kg | Raucher? <input type="checkbox"/> JA,/Tag <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> FRÜHER |

| Familienkrankheiten (Eltern, Geschwister?): | Seelische Belastungen? |
|---|--|
| <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 |
| | |
| | |

Das wollte ich meinen Arzt schon immer mal fragen:

.....

- Vielen Dank -