

**Eva-Maria Riße**  
**Allgemeinärztin - Fachkunde Geriatrie**  
**Lessingstraße 34, 67304 Eisenberg**  
**Telefon: 06351 6007**  
**Telefax: 06351 9898177**  
**info@landarztpraxis.online**



Eva-Maria Riße  
**Allgemeinärztin**

TERMINE NACH VEREINBARUNG  
WWW.LANDARZTPRAXIS.ONLINE

---

**Liebe Patient\*innen,**

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Operationen/Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> , welche: _____

**Rauchen Sie?**

- Wenn ja, wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_ nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

Nein

Ja

**Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?**

- Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Nein

Ja

**Haben Sie Allergien?**

- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nein

Ja

Wie groß sind Sie: \_\_\_\_\_ cm, wie viel wiegen Sie: \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- / oder abgenommen?      Nein       Ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Familienanamnese**

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckererkrankung / Diabetes mellitus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

**Sozialanamnese**

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Sport (was, wie oft?): \_\_\_\_\_

**Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?**

\_\_\_\_\_

Es ist wichtig, dass Sie uns alle Veränderungen (Adresse, Telefonnummer usw.) mitteilen.

Wir danken für Ihre Mühe, bei Fragen helfen wir gerne.