

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.