



DR. MED. MALTE GEMS

FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
FACHARZT FÜR KINDERCHIRURGIE
ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Liebe Patientin, lieber Patient! Wir freuen uns Sie in der Praxis Dr. Gems begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den Fragebogen auszufüllen.

Name: Geburtsdatum:

Telefon: Email:

Beruf:

Vorerkrankungen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Operationen/Unfälle |
| <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Thrombose/Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Durchblutungstörung
d. Beine |
| <input type="checkbox"/> Chron. Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Blutungsstörung | <input type="checkbox"/> neurologische
Erkrankungen |



DR. MED. MALTE GEMS

FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
FACHARZT FÜR KINDERCHIRURGIE
ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Wenn ja , welche:

Andere, nicht aufgeführte:

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein?

Name	Morgens	Mittags	Abends
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



DR. MED. MALTE GEMS

FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
FACHARZT FÜR KINDERCHIRURGIE
ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil?

KHK DM2 Asthma COPD

Allergien (vor allem gegen Medikamente)? Nein

Ja, folgende:

Körpergröße: Gewicht:

Rauchen Sie? Ja, ca. Zigaretten pro Tag seit Jahren.

Nein Nicht mehr seit:

Besteht eine Schwangerschaft Hepatitis B/C HIV ?

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel und wie oft?

Sind Sie bei anderen Fachärzten in Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei welchen?



DR. MED. MALTE GEMS

FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
FACHARZT FÜR KINDERCHIRURGIE
ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung?

Nein Ja, am:

Hatten Sie schon eine Herzkatheteruntersuchung?

Nein Ja, am:

Letzte Augenkontrolle:

Letztes EKG / Belastungs-EKG am:

Letzte Langzeit-Blutdruckmessung am:

(Für Patienten ab 35 Jahren) Wann war Ihr letzter Check-up?

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt? (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Herzinfarkt Diabetes Bluthochdruck Krebserkrankungen

Schlaganfall Durchblutungsstörung der Beine sonstiges

Lebenssituation: in einer Partnerschaft alleinstehend verwitwet Kinder

Freizeitaktivitäten/Sport/Hobbies:

Gibt es noch einen wichtigen Punkt, den Sie uns mitteilen möchten?



DR. MED. MALTE GEMS

FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
FACHARZT FÜR KINDERCHIRURGIE
ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

ja nein

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis GEMS meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der Praxis GEMS vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum: Unterschrift: