

# Andreas Göckenjan

Facharzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin  
 Diabetologie • Sportmedizin • Naturheilverfahren  
 10827 Berlin, Innsbrucker Platz 4  
 Tel.: (030) 781 13 49  
 Fax.: (030) 787 14 249  
 Mail: [praxis-am-innsbruckerplatz@gmx.de](mailto:praxis-am-innsbruckerplatz@gmx.de)



ausgefüllt am: ...../...../.....

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
--------------	-----------------	----------------------

Sehr geehrte(r) Patient(in),  
 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? <input type="checkbox"/> 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 wann?				
<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 -