



## 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<br>d. Beine |
| <input type="checkbox"/> Chron. Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Blutungsstörung         | <input type="checkbox"/> neurologische<br>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

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: