

Liebe Patientin, lieber Patient!

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

Name, Vorname:
 Geburtsdatum:
 Telefon: Handy:
 E-Mail:

Martin Poschenrieder
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Diabetologie
 Notfallmedizin
Dr. Gudrun Korzenietz
 Fachärztin für Innere Medizin
 Notfallmedizin

Angestellte Ärzte:
Dr. Rudolf Poschenrieder
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Naturheilverfahren
Dr. Katrin Herfurth
 Fachärztin für Innere Medizin
Eva-Maria Zitzmann
 Assistenzärztin

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

	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Seit wann? Nähere Angaben:
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	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"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Operationen/Unfälle	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	wie viel: nicht mehr seit:
Wieviel Alkohol trinken Sie in etwa?	
Haben Sie Allergien?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
- Gegen Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
- Wenn ja, gegen welche?.....	
- Andere Allergien:

