



Fragebogen zur Gesundheitsuntersuchung

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit!

Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Da dies ein standardisierter Fragebogen ist, bitten wir um Verständnis, wenn Sie ähnliche oder gleiche Fragen schon auf dem Erstanamnesebogen beantwortet haben sollten.

Datum: _____

Patient: _____

Familienname

Vorname

Geb.-Datum

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Familienstand: ledig verheiratet/feste Partnerschaft geschieden verwitwet

Rauchen Sie? ja / nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____
 aufgehört Seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol? ja / nein Wenn ja, wie viel? _____

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____
Vorherige Geburten? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Operationen/Bestrahlung? ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Andere Vorsorgeuntersuchungen: Gehen Sie regelmäßig zu folgenden Vorsorgeuntersuchungen? Wenn ja, wann letztmalig?

Frauen

Alle Patienten ab 55

Alle Patienten ab 50

Männer ab 45

frauenärztliche
Untersuchung
(jährlich)
 Mammografie

Darmspiegelung
Wiederholung
nach 10 Jahren

Testung auf
okkultes (verstecktes) Blut
im Stuhl (jährlich)

Urologische
Untersuchung
(jährlich)

Bitte wenden

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten; Wenn ja, welche: |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ COPD | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | |

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

Bitte dahinter vermerken, bei wem

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Arthrose | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migräne | |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

ja / nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar) bitte mit Einnahmezeit (morgens, mittags abends und genauer Dosierung):

Datum

Unterschrift