



# Fragebogen

## Gesundheitsvorsorgeuntersuchung

Liebe Patientin, lieber Patient,

als Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen bereits vor dem Beratungsgespräch auszufüllen. Mit diesem Fragebogen können wir noch gezielter auf häufige Erkrankungen oder Probleme eingehen. Dieser Fragebogen soll das ärztliche Gespräch vorbereiten, nicht ersetzen.

Bitte bringen Sie Ihren **Impfausweis** und evtl. uns nicht bekannte **Vorbefunde** zu diesem Gespräch mit.

### Stammdaten I

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Im Notfall bitte benachrichtigen:

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Informationen:

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente (gerne auch als Anhang):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Medizinische Vorgeschichte:

Operationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Klinikaufenthalte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Fragebogen

## Gesundheitsvorsorgeuntersuchung

### Familienvorgeschichte:

Kommen bei Ihren Blutsverwandten folgende Erkrankungen vor?

	ja	nein
Bluthochdruck		
Herzerkrankungen		
Schlaganfall		
Hohe Blutfettwerte		
Diabetes		
Nierenerkrankungen		
Lungenerkrankungen		
Tumorerkrankungen		

### Eigene Vorerkrankungen:

Kommen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor?

	ja	nein
Bluthochdruck		
Herzerkrankungen		
Schlaganfall		
Hohe Blutfettwerte		
Diabetes		
Nierenerkrankungen		
Lungenerkrankungen		
Tumorerkrankungen		

### Aktuelle Beschwerden:

---

---

---

---

---

---



# Fragebogen

## Gesundheitsvorsorgeuntersuchung

### Fragen zu Ihrem Risikoprofil:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen soweit möglich, damit wir auf Ihre persönlichen Risiken gezielt eingehen können.

	ja	nein
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?		
Trinken Sie Alkohol?		
Haben Sie sich schon einmal vorgenommen weniger Alkohol trinken?		
Treiben Sie regelmäßig Sport?		
Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 6 Monaten stark verändert?		
Fühlen Sie sich in den letzten 2 Wochen oft niedergeschlagen oder hoffnungslos?		
Haben Sie in den letzten 2 Wochen häufig wenig Freude an den Dingen, die Sie tun?		
Fühlen Sie sich hilflos in Bezug auf die beiden vorherigen Fragen?		
Haben Sie Probleme beim ein- oder durchschlafen?		
Schnarchen Sie?		
Leiden Sie ab und zu unter Luftnot? Vor allem unter Belastung		
Verspüren Sie ab und zu einen Druck in der Brust?		
Bemerken Sie abends geschwollene Beine oder müssen nachts oft Wasser lassen?		
Haben Sie Beschwerden beim Wasser lassen?		
Bemerken Sie Schleim oder Blut im Stuhl?		
Haben oder hatten Sie öfter Nasenbluten?		
Treten bei Ihnen, auch ohne sich anzustoßen „blaue Flecken“ auf?		
Leiden Sie unter häufigem Zahnfleischbluten?		
Haben Sie den Eindruck, dass bei Ihnen Wunden länger nachbluten oder langsam heilen?		
Hatten Sie schon einmal eine Nachblutung nach einer Operation?		
FÜR FRAUEN: Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Menstruation länger oder verstärkt ist?		

Haben Sie weitere Punkte, auf die Sie uns aufmerksam machen wollen, dann sprechen Sie uns gerne darauf an.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_