



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie möchten an der Gesundheitsuntersuchung teilnehmen. Bitte füllen Sie daher den Fragebogen aus, sodass wir im persönlichen Gespräch besser auf Ihre Anliegen und möglichen Gesundheitsrisiken eingehen können.

Für die Gesundheitsuntersuchung bringen Sie bitte folgende Unterlagen mit (sofern vorhanden):

Impfpass, aktuelle Medikation, ggf. weitere Behandlungsunterlagen (Laborbefunde, Röntgenbefunde, ...)

Altersgruppe: 18-34

Vorname: _____ Nachname: _____

Erlerner Beruf: _____

Aktueller Beruf: _____ Hobbys: _____

Arbeitgeber: _____

Arbeitszeit: _____ *(wöchentlich in Stunden)*

Emailadresse: _____

1. Organspenderausweis vorhanden? ja nein

2. Regelmäßige Kontrollen in anderen Praxen? ja nein

wenn ja, wo?

3. **Gibt es aktuelle Beschwerden?** ja nein

wenn ja, welche?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

4. **Familienstand:** _____

5. Anzahl Kinder: _____ Geburtsjahre: _____

6. Gibt es Angelegenheiten der Familienplanung / Sexualität, über die Sie mit uns sprechen möchten? ja nein

Beruf

7. Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden? ja nein

8. Sind enge Verwandte (Eltern, Geschwister) an einem Herzinfarkt, Diabetes oder Bluthochdruck erkrankt? ja nein

_____ *wenn ja, welche?*

9. Sind enge Verwandte (Eltern, Geschwister) an Krebs erkrankt? ja nein

_____ *wenn ja, welche?*

10. Sind Sie tgl. 30 min oder mehr körperlich aktiv (z.B. Spazieren gehen, Sport, Radfahren)? ja nein

11. Ungefähre beschwerdefreie Gehstrecke in der Ebene?

< 50 m 50 - 400 m 400 - 1000 m 1 - 5 km > 5 km

12. Wie ist ihre Belastbarkeit: _____ wenig belastbar ① ② ③ ④ ⑤ sehr belastbar

13. Rauchen Sie (auch E- Zigaretten)? ja nein

wenn ja, wieviel rauchen Sie täglich (Nikotin)?

1-5 Zigaretten 6-10 Zigaretten 11 - 20 Zigaretten > 1 Schachtel

14. Trinken Sie alkoholische Getränke? ja nein

wenn ja, wieviel trinken Sie in der Woche?

nie | < 1 x / Woche 1-4 x / Woche 5 -7 x / Woche

wenn ja, welche konsumierten Alkoholika?

Bier Wein Sekt Schnaps Liköre

15. Sind Sie mit ihrem Körpergewicht zufrieden? ja nein
16. Ist das Gewicht stabil? ja nein
17. Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch oder Mundgeruch? ja nein
18. Haben Sie gehäuft Infekte? ja nein
19. Haben Sie gehäuft Magen-Darm-Probleme? ja nein
20. Haben Sie Rückenschmerzen? ja nein
21. Haben Sie Husten? ja nein
22. Nehmen Sie (regelmäßig) frei verkäufliche Medikamente ein? ja nein

wenn ja, welche?

23. Gibt es medikamentöse Behandlungen von anderen Behandlern (auch Heilpraktiker)? ja nein

wenn ja, welche?

24. Sind Allergien bekannt? ja nein

wenn ja, welche?

25. Haben Sie das Gefühl, sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten? ja nein
26. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können? ja nein
27. Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen? ja nein
28. Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben? ja nein

wenn ja, welches?

29. Welche der folgenden Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?
(bitte mit Jahr angeben)

- | | |
|---|-------------|
| <input type="radio"/> Koloskopie | Jahr: _____ |
| <input type="radio"/> Ösophago-Gastroskopie | Jahr: _____ |
| <input type="radio"/> Hautkrebs-Screening | Jahr: _____ |
| <input type="radio"/> Computertomographie (CT) | Jahr: _____ |
| <input type="radio"/> Magnetresonanztomographie (MRT) | Jahr: _____ |
| <input type="radio"/> Röntgen (RÖ) | Jahr: _____ |
| <input type="radio"/> Ultraschall Herz (Echo) | Jahr: _____ |
| <input type="radio"/> Herzkatheter | Jahr: _____ |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | Jahr: _____ |

30. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt? ja nein

31. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? ja nein

wenn ja, was hat sich geändert?

32. Haben Sie Ihren Impfpass bei uns abgegeben? ja nein

Bei Frauen:

33. Haben Sie zuletzt an einer Krebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen? ja nein

wenn ja, wann?

34. Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung? ja nein

Wenn Sie oder Ihre Eltern in einem anderen Land geboren sind:

35. Was ist Ihre Muttersprache: _____

36. Fühlen Sie sich deshalb benachteiligt? ja nein