



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: 35-69

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. Haben Sie Probleme mit Ihrer Lebenssituation / Lebenspartner oder Kindern? ja nein

wenn ja, welche Probleme sind das?

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

Beruf

8. Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden? ja nein

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

wenn ja, welche?

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

wenn ja, welche?

11. Haben Sie Fragen zur Krebsvorsorge? ja nein

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

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

14. Ungefähre beschwerdefreie Gehstrecke in der Ebene?

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

15. Bewegen Sie sich täglich weniger als 30 Minuten (z.B. Spaziergehen – Sport – Radfahren)? ja nein

16. Stimmt für Sie der Satz: Ich kann im Alltag nicht mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte? ja nein

17. 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

18. 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

19. Sind Sie mit ihrem Körpergewicht zufrieden? ja nein
20. Ist das Gewicht stabil? ja nein
21. Schlafen Sie tagsüber ungeplant ein? ja nein
22. Haben Sie Schlafprobleme? ja nein
23. Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen oder das Wasser zu halten? ja nein
24. Haben Sie nahe Verwandte mit grünem Star oder sind Sie selbst stark kurzsichtig? ja nein
25. Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch oder Mundgeruch? ja nein
26. Haben Sie gehäuft Infekte? ja nein
27. Haben Sie gehäuft Magen-Darm-Probleme? ja nein
28. Haben Sie Rückenschmerzen? ja nein
29. Haben Sie Husten? ja nein
30. Nehmen Sie (regelmäßig) frei verkäufliche Medikamente ein? ja nein

wenn ja, welche?

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

wenn ja, welche?

32. Sind Allergien bekannt? ja nein

wenn ja, welche?

33. Haben Sie das Gefühl, sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten? ja nein
34. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können? ja nein
35. Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen? ja nein
36. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt? ja nein

37. 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?

38. Pflegen Sie jemanden regelmäßig? ja nein

wenn ja, wen?

39. Möchten Sie über eine Patientenverfügung sprechen? ja nein

40. Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben? ja nein

wenn ja, welches?

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

- Koloskopie Jahr: _____
- Ösophago-Gastroskopie Jahr: _____
- Hautkrebs-Screening Jahr: _____
- Computertomographie (CT) Jahr: _____
- Magnetresonanztomographie (MRT) Jahr: _____
- Röntgen (RÖ) Jahr: _____
- Ultraschall Herz (Echo) Jahr: _____
- Herzkatheter Jahr: _____
- Sonstiges: _____ Jahr: _____

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

Bei Frauen:

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

wenn ja, wann?

44. Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung? ja nein

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

45. Was ist Ihre Muttersprache: _____

46. Fühlen Sie sich deshalb benachteiligt? ja nein