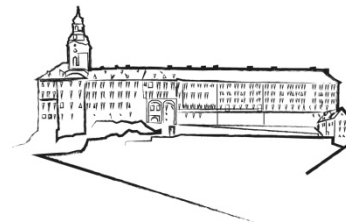


Fragebogen Gesundheitsuntersuchung



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen soll Sie auf die geplante GESUNDHEITS-UNTERSUCHUNG (Check-up 35) vorbereiten. Die Erhebung der persönlichen Vorgeschichte ist von großer Bedeutung zur rechtzeitigen Erkennung von Gesundheitsrisiken. Wenn Sie die Fragen bereits vorab beantworten, können wir uns im Gespräch besser auf die wichtigen Punkte konzentrieren. Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antwortfelder an. Die Gesundheitsuntersuchung kann ab dem 35. Lebensjahr aller 3 Jahre durchgeführt werden. Zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr wird durch die Krankenkassen der Check-up nur einmalig angeboten.

Gemeinschaftspraxis Rudolstadt
Frau Furcht & Herr Dr. Mortsch
Trommsdorffstr. 10
07407 Rudolstadt
☎ 03672-342006

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf (bei Rentner früherer Beruf):

Größe: in cm

Gewicht: in kg

Sind bei Ihnen oder Ihren direkten Blutsverwandten (Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen bekannt?

	Selbst	Verwandte
Bluthochdruck:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt oder Verengung der Herzkranzgefäße:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen in den Beinen / Schaufensterkrankheit:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhte Blutfettwerte:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tagesmüdigkeit / starkes Schnarchen / nächtliche Atemaussetzer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien (ggf. genaue Bezeichnung):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Operationen (mit Angabe des OP-Grundes, OP-Jahr / Klinik, Komplikationen):

-
-
-

Haben Sie eine Brille: nein ja Haben Sie ein Hörgerät: nein ja

Nutzen Sie weitere Hilfsmittel (Rollator, Gehbock etc.)? _____

Tägliches Leben:

- Rauchen Sie: nein ja wieviel pro Tag: _____
- Nehmen Sie Drogen: nein ja Drogenart: _____
- Trinken Sie Alkohol: nein ja wieviel pro Tag: _____
- Treiben Sie Sport: nein ja Sportart: _____
- Leiden Sie unter Stress: nein ja wenn ja, welchen? _____

Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Probleme?

- Häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung? nein ja
- Blutbeimengungen oder Schleim im Stuhl? nein ja
- Ungewollte Gewichtsabnahme oder Gewichtszunahme? nein ja
- Ungewollte Atemprobleme z.B. bei Belastung? nein ja
- Gelenkschmerzen? nein ja
- Beklemmung / Schmerzen in der Brust bei Belastung? nein ja
- Verspüren Sie gelegentlich Herzrhythmusstörungen? nein ja
- Sind Ihnen Veränderungen an der Haut aufgefallen? nein ja
- Besteht vermehrter Durst oder vermehrtes Wasserlassen? nein ja
- Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? nein ja

Weitere gesundheitliche Probleme? _____

Waren Sie zur Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt / Urologen / Hautarzt? Wo & wann? _____

Hatten Sie schon eine Magen- oder Darmspiegelung oder Mammografie? Wo & wann? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein:

Medikamentenname	Dosis (in mg)	morgens	mittags	abends	nachts

Rudolstadt, den

(Ort, Datum)

(Unterschrift)