

**Fragebogen zur Gesundheitsvorsorge**



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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ (zur Aktualisierung unserer Daten)

Sind folgende Erkrankungen bei **Ihnen oder in Ihrer Familie** bekannt? Bitte kreuzen Sie an.

	Familie	selbst		Familie	selbst
Rücken/Gelenkerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen-Darm:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislaufkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hauterkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harnblase-Nieren:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lungenerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffwechselerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebserkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(z.B. Zucker)

Sonstige: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm

**Leiden Sie an Allergien?** Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Haben Sie in den letzten 4 Wochen folgende Symptome bemerkt:** (zutreffendes ankreuzen)

Atemnot	<input type="radio"/>	Husten	<input type="radio"/>	Gewichtsabnahme	<input type="radio"/>
Appetitminderung	<input type="radio"/>	Schlafstörungen	<input type="radio"/>	Schmerzen	<input type="radio"/>

Bestehen **persönliche Risikofaktoren**? Bitte kreuzen Sie an.

Nikotin Ja (Anzahl der Zigaretten pro Tag) \_\_\_\_\_ Nein :

Atemnot bei Belastung? Ja:  Nein:

Morgendlicher Husten mit Auswurf Ja:  Nein:

Alkohol Ja  regelmäßig (z.B. täglich 1 Bier)  unregelmäßig  Nein

Bewegen Sie sich mind. 1 Stunde pro Woche bewusst? Ja  Nein

**ab 50 Jahren:** Wann war Ihre letzte Darmspiegelung? \_\_\_\_\_

**Für Frauen:** Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift