

Fragebogen zur Gesundheitsvorsorge / Check-up

Name: _____ (zur Aktualisierung unserer Daten)

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon-/Mobilnummer: _____ Patientenverfügung: _____

E-Mail-Adresse: _____ Pflegegrad: _____

Beruf: _____ Grad der Schwerbehinderung: _____

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

	Familie	selbst		Familie	selbst
Herz-Kreislauferkrankungen:	☐	☐	Magen-Darm:	☐	☐
Rücken/Gelenkserkrankungen:	☐	☐	Hauterkrankungen:	☐	☐
Schilddrüsenerkrankungen:	☐	☐	Lungenerkrankungen:	☐	☐
Stoffwechselerkrankungen:	☐	☐	Krebserkrankungen:	☐	☐
			Harnblase-Nieren:	☐	☐

Sonstige: _____

Leiden Sie an Allergien? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche:

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche:

Haben Sie in den letzten 4 Wochen folgende Symptome bemerkt: **Bitte kreuzen Sie an.**

☐ Atemnot	☐ Husten	☐ Gewichtsabnahme
☐ Appetitminderung	☐ Schlafstörungen	☐ Schmerzen

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

Nikotin	☐ Ja (Anzahl der Zigaretten pro Tag) _____	☐ Nein
	Wenn ja: 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	