

Unsere Fragen an Sie.

Ärztlicher Fragebogen
zum Gesundheits-Checkup

(Nachuntersuchung)

I. Angaben zur Person

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, an die auch alle Mitarbeiter/-innen der Praxis gebunden sind.

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:			
Privatadresse:			
Familienstand:		Kinder (Alter):	{ }
Firma/Adresse:			
Funktion/Tätigkeit:		E-mail:	
Krankenversicherung:		Tel. (dienstl.):	
Tel. (privat):		Tel. (mobil):	

II. Familienvorgeschichte

Hat sich in der Familie bei Verwandten I. Grades **eine neue Erkrankung** ereignet?

	Wer?	In welchem Alter (ca.)?	
Bluthochdruck			
Erhöhtes Cholesterin			
Zuckerkrankheit (Diabetes)			
Herzinfarkt, Herzkranzgefäßverengung			
andere Herzkrankheit			
Schlaganfall			
Thrombose (z.B. der Beinvenen)			
Osteoporose			
Krebserkrankungen			
– Dickdarmkrebs			
– Lungenkrebs			
– Prostatakrebs			
– Brustkrebs			
– andere			
Magen-Darm-Polypen			
Haben Angehörige ein Alter > 80 J. erreicht?	Nein	Ja	Wie alt?

III. Eigene **neue** Erkrankungen oder Probleme
seit dem letzten Check-up

Erkrankung		Bitte ggf. genauere Erläuterungen einfügen (Wann? Wie behandelt?)	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.	Hatten Sie einmal eine Darmspiegelung (Koloskopie)?	Monat / Jahr	Befund?
Kontrolle vorgesehen		Wann?	Monat / Jahr

IV. Aktuelle Beschwerden

Haben Sie *aktuell* oder hatten Sie *in jüngster Zeit* folgende Beschwerden? Wenn nein, können Sie dies ankreuzen und das jeweilige Kapitel überspringen. Wenn ja, dann geben Sie bitte Details an, wie oft es dazu kam und beschreiben Sie die Beschwerden bitte genauer.

<div>1. Kopfschmerzen?</div> <div>Beschwerden</div> <div></div>	<div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> <div>Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.</div> <div></div>
<div>2. Augenbeschwerden?</div> <div>Beschwerden</div> <div></div>	<div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> <div>Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.</div> <div></div>
<div>3. Hals-, Nasen-, Ohrenbeschwerden?</div> <div>Beschwerden</div> <div></div>	<div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> <div>Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.</div> <div></div>
<div>4. Beschwerden an Mund, Zähnen, Rachen?</div> <div>Beschwerden</div> <div></div>	<div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> <div>Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.</div> <div></div>
<div>5. Magen-Darm-Beschwerden?</div> <div>Beschwerden</div> <div></div>	<div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> <div>Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.</div> <div></div>
<div>6. Beschwerden im Brustkorb?</div> <div>Beschwerden</div> <div></div>	<div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> <div>Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.</div> <div></div>
<div>7. Beschwerden der Harn-, Geschlechtsorgane?</div> <div>Beschwerden</div> <div></div>	<div><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</div> <div>Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.</div> <div></div>

Fragen für Männer:	ja	ggf. genauere Beschreibung.	
Haben Sie das Gefühl, die Blase nicht vollständig entleeren zu können?	<input type="checkbox"/>		
andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>		
Fragen für Frauen:		ggf. genauere Beschreibung.	
starke/veränderte Regelblutung	<input type="checkbox"/>		
andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>		
Ihre letzte frauenärztliche Vorsorgeuntersuchung war		Monat / Jahr	
8. Beschwerden des Nervensystems	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Beschwerden	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung.		
9. Schlafdauer	unter der Woche	Stunden/Nacht	
	am Wochenende	Stunden/Nacht	
10. Beschwerden des Bewegungsapparates?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Beschwerden	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung.		
11. Andere, bisher nicht aufgeführte Beschwerden oder Veränderungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Beschwerden	Wie oft? Ggf. genauere Beschreibung.		
Gewichtsänderung seit der letzten Check-up Untersuchung?	<input type="checkbox"/>		

V.	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	
	Medikament	Dosis	Anzahl pro Tag/ Aufteilung
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

VI. Impfstatus

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit!

Sind Sie geimpft gegen...		Datum der letzten Impfung
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	
Tetanus	<input type="checkbox"/>	
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/>	
Pertussis (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	
FSME	<input type="checkbox"/>	
Influenza (Gripeschutzimpfung)	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Masern in der Kindheit?	<input type="checkbox"/>	
Falls nein: Impfung als Erwachsene/r?	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Windpocken in der Kindheit?	<input type="checkbox"/>	
andere	<input type="checkbox"/>	

VII. Rauchen

Rauchen Sie zur Zeit?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja was?	wie viel?	seit wann?
Zigaretten	Stück pro Tag	seit ca. Jahren
Zigarillos	Stück pro Tag	seit ca. Jahren
Zigarren	Stück pro Tag	seit ca. Jahren
Pfeife	Stück pro Tag	seit ca. Jahren

E-Zigarette	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
-------------	-----------------------------	-------------------------------

Haben Sie früher geraucht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, was:	wie viel?	seit wann?
Zigaretten	Stück pro Tag	von bis
Zigarillos	Stück pro Tag	von bis
Zigarren	Stück pro Tag	von bis
Pfeife	Stück pro Tag	von bis

Beschreiben Sie Ihre Ernährung detailliert jeweils für einen typischen Tag...
(Bestandteile inkl. Getränke)

	unter der Woche	am Wochenende
Frühstück		
zwischendurch		
Mittagessen		
zwischendurch		
Abendessen		
Spät		
Nachts		

XI. Körperliche Aktivität und Sport

Bitte geben Sie möglichst genau an, **wie oft** (z.B. 1x pro Monat, wöchentlich, 3 x pro Woche, täglich), **wie lange** pro Anlass (z.B. 1 h Spazierengehen, 2 h Radfahren) und **wie intensiv** (z.B. „gemütlich“, „flott“, „schnell“ oder z.B. Geschwindigkeit in km/h beim Laufen, Walking oder Radfahren) Sie die einzelnen Aktivitäten ausüben.

Aktivität	Ja	Nein	Wie oft?	Dauer [h / min]?	Wie intensiv?	Im Sommer	Im Winter
Spazierengehen, Fußweg zur Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Anzahl der Stockwerke:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bergwandern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radfahren zur Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radwandern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radsport Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mountainbike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heimtrainer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ski-Alpin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ski-Langlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tennis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Einzel? / Doppel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			zu Fuß? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Ballsportart:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krafttraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Morgen-)Gymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aerobic / Fitness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Aktivitäten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie früher Leistungssport getrieben? Wenn ja, welche Sportart und wie lange?

Notizen

