

Unsere Fragen an Sie.

Ärztlicher Fragebogen
zum Gesundheits-Checkup

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

Welche der folgenden Risikofaktoren oder Erkrankungen kamen in Ihrer Familie bei **Geschwistern, Eltern und/oder Großeltern** vor?

	Wer?	In welchem Alter (ca.)?	
Bluthochdruck			
Erhöhtes Cholesterin			
Zuckerkrankheit (Diabetes)			
Herzinfarkt, Herzkranzgefäßverengung			
Schlaganfall			
andere Herz- oder Gefäßerkrankungen (z. B. Beinvenenthrombose)			
Osteoporose			
Krebserkrankungen			
– Dickdarmkrebs oder Polypen			
– Lungenkrebs			
– Prostatakrebs			
– Brustkrebs			
– andere			
Haben Eltern/Großeltern ein Alter > 80 J. erreicht?	nein	ja	Wie alt?

III. Eigene Vorerkrankungen

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	ja	Wann? ggf. Erläuterungen einfügen
1. Wiederholte Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	
2. Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	
3. Heuschnupfen (ggf. Allergie worauf?)	<input type="checkbox"/>	
4. andere Allergien	<input type="checkbox"/>	
5. Asthma	<input type="checkbox"/>	
6. Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	
7. andere Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	
8. Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	
9. Blutarmut, Blutkrankheit	<input type="checkbox"/>	
10. Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	
11. Cholesterinerhöhung	<input type="checkbox"/>	
12. Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder erhöhter Nüchtern-Blutzucker	<input type="checkbox"/>	
13. gesicherte Herzkranzgefäßverengung	<input type="checkbox"/>	
14. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)	<input type="checkbox"/>	
15. Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	
16. Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	
17. Schlaganfall oder TIA (kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns)	<input type="checkbox"/>	
18. Verengung der Beinarterien	<input type="checkbox"/>	
19. Speiseröhrenentzündung	<input type="checkbox"/>	
20. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	
21. Hatten Sie einmal eine Magen-spiegelung?	<input type="checkbox"/>	Monat / Jahr
22. Hatten Sie einmal eine Darm-spiegelung (Koloskopie)?	<input type="checkbox"/>	Monat / Jahr Befund?
Kontrolle vorgesehen?		wann? Monat / Jahr
23. Lebererkrankung, Gelbsucht, Gallensteine	<input type="checkbox"/>	

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	ja	Wann? ggf. Erläuterungen einfügen
24. Bauchspeicheldrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	
25. Nierensteine	<input type="checkbox"/>	
26. Nieren-, Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/>	
27. zu hoher Harnsäurespiegel, Gicht	<input type="checkbox"/>	
28. Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	
29. Wirbelsäulenerkrankungen (Osteoporose, Bandscheibenvorfall)	<input type="checkbox"/>	
30. Tiefe Beinvenenthrombose oder oberflächliche Venenentzündung	<input type="checkbox"/>	
31. Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	
32. Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	
33. Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	
34. Gemütskrankheiten, Depression	<input type="checkbox"/>	
35. Burnout	<input type="checkbox"/>	
36. Migräne	<input type="checkbox"/>	
37. Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	
38. Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	
39. Bei Männer: Prostataprobleme	<input type="checkbox"/>	
40. Bei Frauen: Erkrankungen der Gebärmutter oder der Eierstöcke	<input type="checkbox"/>	
		<i>falls ja: woran, wann, welche Seite, Folgeschäden?</i>
41. Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/>	
		<i>falls ja: woran, wann, welche Seite, Folgeschäden?</i>
42. Andere, ungenannte Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	

IV. Aktuelle Beschwerden

Haben Sie **aktuell** oder hatten Sie **in jüngster Zeit** folgende Beschwerden?

Wenn nein, können Sie das jeweilige Kapitel überspringen. Wenn ja, dann geben Sie bitte auch an, wie oft es dazu kam und beschreiben Sie die Beschwerden evtl. genauer.

1. Kopfschmerzen?		nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	ja	Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.
43. einseitige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	
– mit Übelkeit o. Sehstörungen?	<input type="checkbox"/>	
44. Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	
45. andere Beschwerden am Kopf	<input type="checkbox"/>	
2. Augenbeschwerden?		nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	ja	Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.
46. Sehen Sie Doppelbilder?	<input type="checkbox"/>	
47. Bekommen Sie Schmerzen nach längerem Lesen oder Schreiben?	<input type="checkbox"/>	
48. andere Beschwerden an den Augen?	<input type="checkbox"/>	
49. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	
3. Hals-, Nasen-, Ohren- beschwerden?		nein <input type="checkbox"/>
Beschwerden	ja	Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.
50. Hören Sie ein anhaltendes Rauschen oder Klingeln?	<input type="checkbox"/>	
51. Häufiges Nasenbluten	<input type="checkbox"/>	
52. andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	

4.	Beschwerden an Mund, Rachen oder Zähnen?	nein <input type="checkbox"/>	
	Beschwerden	ja	Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.
53.	Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	
54.	Zahnfleischentzündungen	<input type="checkbox"/>	
55.	andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	
56.	letzter Zahnarztbesuch	<input type="checkbox"/>	Wann? Monat / Jahr

5.	Magen-Darm-Beschwerden?	nein <input type="checkbox"/>	
	Beschwerden	ja	Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.
57.	Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	
58.	Sodbrennen, saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	
59.	Oberbauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	
60.	krampfartige Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	
61.	häufige Blähungen	<input type="checkbox"/>	
62.	Neigung zu Verstopfung	<input type="checkbox"/>	
63.	Neigung zu Durchfall	<input type="checkbox"/>	
64.	Änderung des Stuhlgangs in letzter Zeit (Farbe, Konsistenz)	<input type="checkbox"/>	
65.	Blut im Stuhl oder aufgelagert	<input type="checkbox"/>	
66.	schwarzer Stuhl („wie Teer“)	<input type="checkbox"/>	
67.	Juckreiz am After	<input type="checkbox"/>	
68.	andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	

6. Beschwerden im Brustkorb?		nein <input type="checkbox"/>	
Beschwerden		ja	Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.
69.	Starke Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/>	
70.	Starke Atemnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	
71.	Plötzliches Herzrasen in Ruhe	<input type="checkbox"/>	
72.	Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	
73.	Engegefühl oder Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/>	
	– in Ruhe	<input type="checkbox"/>	
	– bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	
	– bei Stress	<input type="checkbox"/>	
74.	chronischer Husten	<input type="checkbox"/>	
	– mit Auswurf	<input type="checkbox"/>	
75.	Hustenanfälle	<input type="checkbox"/>	
76.	Atemnotanfälle	<input type="checkbox"/>	
77.	andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	

7. Beschwerden der Harn-/ Geschlechtsorgane?		nein <input type="checkbox"/>	
Beschwerden		ja	Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.
78.	Brennen oder Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	
79.	nächtliches Wasserlassen (> 2x)	<input type="checkbox"/>	
80.	andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	

	Fragen für Männer:		ggf. genauere Beschreibung.
81.	Ist der Urinstrahl schwach?	<input type="checkbox"/>	
82.	Haben Sie das Gefühl, die Blase nicht vollständig entleeren zu können?	<input type="checkbox"/>	
83.	Hat die Potenz nachgelassen?	<input type="checkbox"/>	
84.	andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	
	Fragen für Frauen:		ggf. genauere Beschreibung.
85.	Unterleibsschmerzen	<input type="checkbox"/>	
86.	starke/veränderte Regelblutung	<input type="checkbox"/>	
87.	neu aufgetretene Blutungen nach dem Ende der Wechseljahre	<input type="checkbox"/>	
88.	Knoten in der Brust	<input type="checkbox"/>	
89.	Hatten Sie Schwangerschaftskomplikationen (z.B. Hochdruck oder Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	
90.	andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	
91.	Ihre letzte frauenärztliche Vorsorgeuntersuchung war	<input type="checkbox"/>	Monat / Jahr
8.	Beschwerden des Nervensystems?	nein <input type="checkbox"/>	
	Beschwerden	ja	Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.
92.	Ohnmachtsanfälle? Schwindel?	<input type="checkbox"/>	
93.	Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	
94.	Lähmung o. Gefühlsstörung	<input type="checkbox"/>	
95.	Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>	
96.	Stimmungsschwankungen ohne erkennbaren Anlass	<input type="checkbox"/>	
97.	Fühlen Sie sich erschöpft oder ausgebrannt?	<input type="checkbox"/>	
98.	Depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	

99.	Schlafdauer		unter der Woche	Stunden/Nacht
			am Wochenende	Stunden/Nacht
100.	Schichtdienst	<input type="checkbox"/>		
101.	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>		
	– Einschlafen fällt schwer	<input type="checkbox"/>		
	– häufiges Aufwachen	<input type="checkbox"/>		
102.	starkes Schnarchen	<input type="checkbox"/>		
	– mit Atempausen?	<input type="checkbox"/>		
103.	Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/>		
104.	andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>		

9.	Beschwerden des Bewegungsapparates?		nein <input type="checkbox"/>
	Beschwerden	ja	Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.
105.	Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	
106.	Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	
107.	Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	
108.	nächtliche Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	
109.	Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	
	–große Gelenke (z.B. Knie)	<input type="checkbox"/>	
	– kleine Gelenke (z.B. Finger)	<input type="checkbox"/>	
110.	muskuläre Beschwerden	<input type="checkbox"/>	
111.	Schwellungen (Ödeme) an den Beinen	<input type="checkbox"/>	
112.	Krampfadern	<input type="checkbox"/>	
113.	andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	

10.	Allgemeine Fragen		
	Beschwerden	ja	Wie oft? ggf. genauere Beschreibung.
114.	Knoten in der Haut	<input type="checkbox"/>	
115.	Warzen oder Leberflecke, die in letzter Zeit gewachsen sind	<input type="checkbox"/>	
116.	Lymphknotenschwellungen	<input type="checkbox"/>	
117.	Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	
118.	starker Durst	<input type="checkbox"/>	
119.	Wieviel trinken Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/>	ca. Liter
120.	Gewichtsverlauf seit dem 18. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	
121.	Gewichtsänderung in den letzten drei Monaten	<input type="checkbox"/>	kg↑ kg↓ beabsichtigt? ja nein
122.	Haben Sie Diäten versucht?	<input type="checkbox"/>	
123.	starkes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	
124.	Hatten Sie mehr als drei grippale Infekte im letzten Jahr?	<input type="checkbox"/>	
125.	andere Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	

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

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 ☐ nein ☐

Wenn ja was?

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 ☐ nein ☐

Haben Sie früher geraucht? ja ☐ nein ☐

Wenn ja:

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, Zwischenmahlzeiten, Süßigkeiten etc.)

	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 intensiv oder regelmäßige Sport getrieben? Wenn ja, welche Sportart und wie lange?

Notizen

