



GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie möchten an der Gesundheitsuntersuchung für über 35-Jährige teilnehmen. Bitte füllen Sie daher den Fragebogen aus, damit wir im persönlichen Gespräch besser auf Ihre Anliegen und möglichen Gesundheitsrisiken eingehen können. Bitte halten Sie auch Ihren Impfausweis griffbereit. Vielen Dank!

Name	Vorname	Datum	
Trifft eine der folgenden Fragen auf Sie zu – und Sie möchten darüber sprechen, kreuzen Sie bitte „Ja“ an.			Ja
1. Sind enge Verwandte (Eltern, Geschwister) von Ihnen an einem Herzinfarkt, Diabetes oder Bluthochdruck erkrankt?			<input type="radio"/>
2. Bewegen Sie sich täglich weniger als 30 Minuten (z.B. Spazierengehen – Sport – Radfahren)?			<input type="radio"/>
3. Rauchen Sie?			<input type="radio"/>
4. Sind Sie mit ihrem Körpergewicht unzufrieden?			<input type="radio"/>
5. Stimmt für Sie der Satz: Ich kann im Alltag nicht mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte?			<input type="radio"/>
6. Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?			<input type="radio"/>
7. Haben Sie das Gefühl, sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten? Oder haben Sie das Gefühl, dass Glücksspiel ein Problem für Sie ist?			<input type="radio"/>
8. Schlafen Sie tagsüber ungeplant ein?			<input type="radio"/>
9. Haben Sie Schlafprobleme?			<input type="radio"/>
10. Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen oder das Wasser zu halten?			<input type="radio"/>
11. Leiden Sie unter Mundgeruch/Problemen mit dem Zahnfleisch oder mit dem Kauen?			<input type="radio"/>
12. Haben Sie nahe Verwandte mit grünem Star oder sind Sie selbst stark kurzsichtig?			<input type="radio"/>
13. Für Frauen: Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung?			<input type="radio"/>
14. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)? Wenn ja, welche:			<input type="radio"/>
15. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt, über die wir noch nicht gesprochen haben? Wenn ja, welche:			<input type="radio"/>
16. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?			<input type="radio"/>
17. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?			<input type="radio"/>
18. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern?			<input type="radio"/>
19. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?			<input type="radio"/>
20. Sind Sie arbeitslos oder mit Ihrer Arbeit unzufrieden?			<input type="radio"/>
21. Wenn Sie oder Ihre Eltern in einem anderen Land geboren sind: Fühlen Sie sich deshalb benachteiligt?			<input type="radio"/>
22. Pflegen Sie jemanden regelmäßig?			<input type="radio"/>
23. Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen?			<input type="radio"/>
24. Möchten Sie mit uns über eine Patientenverfügung sprechen?			<input type="radio"/>
25. Sind enge Verwandte (Eltern, Geschwister) von Ihnen bereits einmal an Krebs erkrankt?			<input type="radio"/>
26. Haben Sie Fragen zur Krebsvorsorge?			<input type="radio"/>
27. Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben?			<input type="radio"/>

➔ Kopiervorlage herunterladen: <https://hausarzt.link/S1FKg>