

Patientenfragebogen für die Gesundheitsuntersuchung



Name:

Geb.-Datum:

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
um Ihr Risikoprofil besser abschätzen zu können, möchten wir Sie bitten, uns ein paar Fragen im Rahmen der zweijährigen Gesundheitsuntersuchung zu beantworten.

1. Meine Eltern oder Geschwister haben/hatten:

- Diabetes Typ II (= Altersdiabetes): Mutter Vater Geschwister
- Arterielle Hypertonie (= Bluthochdruck): Mutter Vater Geschwister
- Herzinfarkt: Mutter Vater Geschwister
- Schlaganfall: Mutter Vater Geschwister
- Hypercholesterinämie (=zu hohes Cholesterin): Mutter Vater Geschwister
- arterielle Verschlusskrankheit (=Durchblutungsstörung / Schaufensterkrankheit):
 Mutter Vater Geschwister
- Angeborene Nierenerkrankungen: Mutter Vater Geschwister
- Angeborene Lungenerkrankungen: Mutter Vater Geschwister
- Bösartige Erkrankungen/Krebs: Mutter Vater Geschwister

2. Diese Fragen beziehen sich nur auf Sie persönlich:

Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg

Rauchen/Nikotin (Wieviele Zig. täglich? Seit wann?):

Alkohol: Täglich bis 3x pro Woche seltener/gelegentlich nie

Treiben Sie regelmäßig Sport?: ja, _____ nein

Liegt bei Ihnen eine Pflegestufe vor? Wenn ja, welche?: _____

Liegt bei Ihnen eine Allergie vor? nein ja: _____

(gegen Medikamente, Lebensmittel, Heuschnupfen, etc.)

Letzte Darmspiegelung? Jahr: _____ nie

Letzte Impfung (Tetanus)? Jahr: _____ nie

Krebsvorsorge beim Gynäkologen (Frauen) / Urologen (Männer)? Jahr _____

Hautkrebsvorsorge beim Hautarzt erfolgt?: ja, Jahr: _____ nein

Sind Sie mit schriftlichen Erinnerungen durch uns an

Vorsorgetermine einverstanden? ja (kann jederzeit widerrufen werden)

Vielen Dank! Ihr Praxisteam

Bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum Termin mit!