

## Fragebogen zur Gesundheitsvorsorge / Check-up

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Telefon-/Mobilnummer: \_\_\_\_\_ (zur Aktualisierung unserer Daten)  
 E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_



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

	Familie	selbst		Familie	selbst
Herz-Kreislauferkrankungen: (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen-Darm:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rücken/Gelenkerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hauterkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lungenerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffwechselerkrankungen: (z.B. Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebserkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Harnblase-Nieren:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Nein       Ja      Wenn ja, füllen Sie bitte die folgende Medikamentenübersicht aus.

**Medikamentenplan / Einnahmeplan**

Medikament (z.B. Ramipril)	Wirkstärke (z.B. 5 mg)	Einnahme				
		morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmerkungen Medikamentenplan: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift