

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 Impfpass 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	Nein
1. Sind enge Verwandte (Eltern, Geschwister) von Ihnen an Herzinfarkt/ Hirninfarkt, Diabetes oder Bluthochdruck erkrankt? Wer? Alter?		
2. Bewegen Sie sich täglich weniger als 30 Minuten (z.B. Spazieren gehen, Sport, Radfahren)?		
3. Rauchen Sie? Wenn ja wieviel?		
4. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)? Wenn ja, welche:		
5. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? Wenn ja, welche:		
6. Sind enge Verwandte (Eltern, Geschwister) von Ihnen bereits einmal an Krebs erkrankt? Wenn ja wer und welcher Krebs:		
7. Waren Sie bereits zur Darmspiegelung? Wenn ja, wann zuletzt?		
8. Männer >45 J.: Waren Sie bei der urologischen Vorsorge?		
9. Besitzen Sie einen Organspendeausweis?		