



Name, Vorname Geburtstag Datum

Fragebogen für Gesundheitsuntersuchung

Bitte füllen Sie folgenden Fragenbogen im Interesse einer gezielten Beratung und Behandlung aus.
Sind folgende Erkrankungen oder Beschwerden bei Ihnen bekannt?

Herz, Kreislauf

Herzinfarkt, Bypass, Stent	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankung (z.B. Gefäß-OP am Bein oder Bauch)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schrittmacher, Defibrillator	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Lunge

Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis (COPD)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Covid-19 Wenn ja, wann?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schnarchen, Schlafapnoe (Atemaussetzer)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schlaf-Beatmungsgerät (CPAP-Maske)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie oder haben Sie mal geraucht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Zigaretten pro Tag über Jahre		

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja: <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Insulin		
Erhöhte Cholesterinwerte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüse Wenn ja: <input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gicht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Leber/ Magen/ Darm/ Bauchspeicheldrüse/ Galle

Sodbrennen (Reflux-Krankheit)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magenschleimhaut-Entzündung/ -Geschwür	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>



Name, Vorname Geburtstag Datum

Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa ja nein

Bauchspeicheldrüsen-Entzündung ja nein

Lebererkrankung Wenn ja, welche? ja nein

Gallensteine ja nein

Hämorrhoiden ja nein

Stuhlinkontinenz

Niere/ Harnblase

Nierenschwäche (-insuffizienz) ja nein

Dialyse ja nein

Nierensteine ja nein

Inkontinenz ja nein

Infektionskrankheiten

Hepatitis Wenn ja: A B C D ja nein

AIDS, HIV ja nein

Tuberkulose ja nein

Neurologische Vorerkrankungen

Schlaganfall ja nein

Epilepsie ja nein

Kopfschmerzen, Migräne ja nein

Depression ja nein

Morbus Parkinson ja nein

Vergesslichkeit ja nein

Morbus Alzheimer, Demenz ja nein

Sehstörungen ja nein

Schwindel ja nein

Schwerhörigkeit ja nein

Tinnitus (Ohrgeräusche) ja nein

Multiple Sklerose, ALS ja nein

Taubheitsgefühl, Missempfindung, Lähmung ja nein

Suchtkrankheit ja nein

Wenn ja: Alkohol Drogen Spiele , seit wann?



Name, Vorname Geburtstag Datum

Muskel/ Knochen/ Gelenke

Bandscheibenvorfall ja nein

Arthrose Wenn ja, wo? ja nein

Implantat Wenn ja: Knie Hüfte Schulter ja nein

Gehilfe (Rollator, Stock) ja nein

Allergien, Unverträglichkeiten (z.B. Medikamente, Lebensmittel, ...)

Allergien, Unverträglichkeiten ja nein

Wenn ja, was?

Schwere allergische Reaktion (Atemnot, Kollaps) bekannt ja nein

Operationen

Wenn ja, was? wann?

was? wann?

was? wann?

Bösartige Erkrankung (Krebs)

Wenn ja, was? wann?

Medikamente (inklusive Verhütungsmittel)

Blutverdünnung (ASS 100, Marcumar, andere) ja nein

Weitere

Vorerkrankungen Familie (Blutsverwandte: Geschwister, Eltern, Großeltern)

Schlaganfall Herzinfarkt Diabetes Krebs Darmerkrankung

Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand

Größe cm

Gewicht kg Gewichtsänderung ja nein

Wenn ja, zugenommen abgenommen kg in Monaten

Appetitlosigkeit ja nein

Müde, abgeschlagen, nicht mehr leistungsfähig ja nein

Schwitzen nachts ja nein



Name, Vorname Geburtstag Datum

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Änderung der Stuhlganggewohnheiten in den letzten Monaten | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wechsel Durchfall/ Verstopfung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Stuhlgang mehr als 3x pro Tag oder weniger als 3x pro Woche | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blut im Stuhlgang | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Häufiges Wasserlassen (mehr als 6x pro Tag) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wasserlassen nachts | mal | |
| Flüssigkeit trinken pro Tag (inkl. Kaffee) | Liter | |
| Atemnot in Ruhe und/oder bei leichter Belastung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Manchmal Schmerzen auf der Brust | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Dicke und/oder geschwollene Beine | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schlafstörungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Weniger Lust oder Freude an Dingen, die sie sonst gerne tun | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt, freudlos | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Alkohol trinken, mehrmals pro Woche | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Vorsorgeuntersuchungen

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Magenspiegelung | Wenn ja, zuletzt am | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Darmspiegelung | Wenn ja, zuletzt am | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hautkrebscreening | Wenn ja, zuletzt am | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| gynäko-/urologische Kontrolle | Wenn ja, zuletzt am | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Mammographie | Wenn ja, zuletzt am | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall der Bauchschlagader | Wenn ja, zuletzt am | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Vorsorge beim Hausarzt | Wenn ja, zuletzt am | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Besteht aktuell eine Schwangerschaft? | | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Kommentare, Wünsche, Fragen

.....

.....

.....

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis für Ihre Untersuchung mit! Vielen Dank.

Ihr Team der Praxis am Kolpingplatz