



Fragebogen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie möchten eine Gesundheitsuntersuchung für über 35 – jährige wahrnehmen.

Bitte füllen Sie daher vor Ihrem Termin beim Arzt den Fragebogen aus und bringen diesen zum Termin mit, damit wir im persönlichen Gespräch besser auf Ihre Anliegen eingehen können.

Bitte bringen Sie zum Termin auch Ihren Impfausweis mit.

Vielen Dank!

Name

Vorname

Geburtsdatum

Trifft eine der folgenden Fragen auf Sie zu – und Sie möchten darüber sprechen, kreuzen Sie bitte „JA“ an.

Frage	JA
1. Sind enge Verwandte (Eltern, Geschwister) von Ihnen an einem Herzinfarkt, Diabetes oder Bluthochdruck erkrankt?	
2. Bewegen Sie sich täglich weniger als 30 Minuten (z.B. Spazierengehen – Sport – Radfahren)?	
3. Rauchen Sie?	
4. Sind Sie mit ihrem Körpergewicht unzufrieden?	
5. Stimmt für Sie der Satz: Ich kann im Alltag nicht mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte?	
6. Haben Sie sich schonmal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?	
7. Habe Sie das Gefühl sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten? Oder haben Sie das Gefühl, dass Glücksspiel ein Problem für Sie ist?	
8. Schlafen Sie tagsüber ungeplant ein?	
9. Haben Sie Schlafprobleme?	
10. Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen oder das Wasser zu halten?	
11. Leiden Sie unter Mundgeruch/ Problemen mit dem Zahnfleisch oder beim Kauen?	

12. Haben Sie nahe Verwandte mit grünem Star oder sind Sie selbst stark kurzsichtig?	
13. Für Frauen: Haben Sie Beschwerden mit der Regelblutung?	
14. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte, oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)	
15. Ist Ihnen eine Allergie bekannt, über die wir noch nicht gesprochen haben? Wenn ja, welche?	
16. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	
17. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	
18. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern?	
19. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?	
20. Sind Sie arbeitslos oder mit Ihrer Arbeit unzufrieden?	
21. Pflegen Sie jemanden regelmäßig?	
22. Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen?	
23. Möchten Sie mit uns über eine Patientenverfügung sprechen?	
24. Sind enge Verwandte (Eltern, Geschwister) von Ihnen bereits einmal an Krebs erkrankt?	
25. Haben Sie Fragen zur Krebsvorsorge?	
26. Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang noch nicht angesprochen haben?	