



Fragebogen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung über 70 Jahren

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie möchten eine Gesundheitsuntersuchung für über 70 – 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 halten Sie auch Ihren Impfausweis griffbereit.

Vielen Dank!

Name

Vorname

Datum

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

Frage	JA
1. Trifft für Sie der Satz zu: Ich kann im Alltag NICHT mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte?	
2. Bewegen Sie sich täglich weniger als 30 Minuten (z.B. Spazieren gehen – Sport – Radfahren)?	
3. Haben Sie Probleme mit der Luft?	
4. Fühlen Sie sich beim Gehen unsicher? Oder sind Sie in der letzten Zeit gestürzt?	
5. Fühlen Sie sich häufig erschöpft oder müde?	
6. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Schlaf?	
7. Sind Sie kleiner geworden?	
8. Haben Sie oder Ihre Angehörigen den Eindruck, dass Ihr Gedächtnis nicht mehr so gut funktioniert?	
9. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Augen Sie im Stich lassen?	
10. Haben Sie Probleme mit dem Hören?	
11. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Wasserlassen/ das Wasser zu halten?	

12. Haben Sie Probleme mit der Verdauung?	
13. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Kauen?	
14. Hat sich Ihr Körpergewicht verändert?	
15. Haben Sie Probleme mit dem Appetit?	
16. Leiden Sie dauerhaft unter Schmerzen?	
17. Haben Sie schonmal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?	
18. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)? Wenn ja, welche:	
19. Sind Sie unsicher bei der Einnahme Ihrer Medikamente?	
20. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?	
21. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern?	
22. Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen?	
23. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	
24. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	
25. Pflegen Sie jemanden regelmäßig?	
26. Brauchen Sie Beratung zu einem Antrag auf eine Pflegestufe oder zu Hilfsmitteln (z.B. Rollator, Greifzange, Toilettensitz – Erhöhung etc.)	
27. Haben Sie eine Patientenverfügung?	
28. Haben Sie einen Organspenderausweis?	
29. Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben?	