

Fragebogen für Gesundheitsuntersuchung

Patient/in:

Geburtsdatum:

Datum:

1. Allgemeine Angaben

Haben Sie aktuell Beschwerden oder gesundheitliche Probleme?

☐ Ja

☐ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, welche:

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, welche:

Bestehen chronische Erkrankungen?

☐ Ja

☐ Nein

2. Familiäre Vorbelastung

Bluthochdruck

☐ Ja

☐ Nein

Wer:

Hohe Cholesterinwerte

☐ Ja

☐ Nein

Wer:

Diabetes (Typ 2)

☐ Ja

☐ Nein

Wer:

Herzkrankheiten (z. B. Herzinfarkt)

☐ Ja

☐ Nein

Wer:

Schlaganfall

☐ Ja

☐ Nein

Wer:

Nierenerkrankungen

☐ Ja

☐ Nein

Wer:

Krebs

☐ Ja

☐ Nein

Wer:

Sonstige Erkrankungen

☐ Ja

☐ Nein

Wer:

3. Lebensstil / Risikofaktoren

Rauchen oder Dampfen Sie derzeit?

☐ Ja

☐ Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

☐ Ja

☐ Nein

Bewegen Sie sich täglich mind. 30 Minuten?

☐ Ja

☐ Nein

Körpergewicht / Zufriedenheit?

☐ Ja

☐ Nein

Schlafprobleme?

☐ Ja

☐ Nein

Stress / psychische Belastungen?

☐ Ja

☐ Nein

4. Körperliche Parameter

Größe: m

Gewicht: kg

5. Impfstatus

Haben Sie Ihren Impfpass?

☐ Ja

☐ Nein

Fehlen Impfungen / Auffrischungen?

☐ Ja

☐ Nein