

GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient

Zur besseren Vorbereitung und Erleichterung unserer Arbeit bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Vielen Dank.

Ihr Praxisteam

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Bestehen bei Ihnen Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten? Ja Nein
Welche?

.....

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja Nein
Welche, Dosierung, wie oft im Tag?

.....

.....

.....

Leiden Sie an bestimmten Erkrankungen / gibt es bekannte Diagnosen? Ja Nein
Welche und seit wann?

.....

.....

.....

.....

Wurden Sie schon einmal operiert? Welcher Körperteil, wann, wo? Ja Nein

.....

.....

.....

Waren Sie sonst schon einmal im Spital? Warum? Ja Nein

.....

.....

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja: Zigaretten pro Tag seit Jahren

Welches ist/war Ihr Beruf?

Sind sie

Alleinstehend? Verheiratet? in einer Partnerschaft? Geschieden? Verwitwet?
(zutreffendes Unterstreichen)

Haben Sie Kinder (Jahrgang)? Enkelkinder?

.....

Hobbies / Sport /Haustiere?

.....

Gibt es in Ihrer Familie schwerere Erkrankungen?

Diabetes (Zucker)

Ja Nein Wenn ja, wer?

Herzerkrankungen/Herzinfarkt

Ja Nein Wenn ja, wer?

Hirnfarkte(Schlegli – Streifung)

Ja Nein Wenn ja, wer?

Krebsleiden

Ja Nein Wenn ja, wer?

(Wenn ja – welcher Art?.....)

Andere:

Haben Sie Probleme mit den Augen?

Ja Nein

Falls ja, welche?.....

Haben Sie Probleme mit dem Gehör?

Ja Nein

Falls ja, welche?.....

Systemanamnese (Fragen von Kopf bis Fuss):

Leistungsfähigkeit: normal

Müdigkeit: normal

Appetit: normal

Durst: normal

Gewicht (Selbstmessung):kg

Grösse (Selbstmessung):cm

Gewichtsverlauf: konstant zunehmend abnehmend

Diät: keine

Lebensmittelallergie: keine

Schwitzen: normal vermehrt Nachtschweiss

Fieber: keines

Schlafstörungen: keine einschlafen durchschlafen

Magenbrennen: nie gelegentlich oft

Erbrechen: nie gelegentlich oft

Stuhlgang: regelmässig unregelmässig schwarz / Blut im Stuhl

Wasserlösen: problemlos muss warten Nachtropfen

muss sehr oft Wasser lösen Schmerzen beim WL

Urinkontinenz: keine

verliere gelegentlich Wasser

bei Husten, Lachen, Rennen in Ruhe

Geschwollene Beine nie gelegentlich oft (bei langem Stehen)

Nächtliches Wasserlösen: nie 1-2 x mehr als 2 x

Atembeschwerden: nie in Ruhe bei Anstrengung

Husten: nie gelegentlich oft

bei Anstrengung in der Kälte / bei Temperaturunterschied

Auswurf: nie gelegentlich oft

Asthma: kein

Herz - Schmerzen: nie

Schwindel: nie

Kopfschmerzen: nie

Gelenkschmerzen: nie

Hautkrankheiten: keine

Tierkontakt: kein

Zahnarzt in Behandlung

Körperliche Betätigung: nie gelegentlich regelmässig

Sport – was?.....

Tropenaufenthalte: kein wann?.....

Probleme beim Geschlechtsverkehr: keine

Verhütung: keine Pille / Spirale / anderes:.....

Schwangerschaft: nein ja , Woche:

Erste Periode: mit: Jahren

Periode: regelmässig unregelmässig

Menopause: mit: Jahren

Ekzeme: keine

Heuschnupfen/Pollenallergie: keine

Haben Sie im vergangenen Monat besonders gelitten unter / an...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ...fehlendem Interesse bzw. fehlender Freude an eigentlich allem | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...Niedergeschlagenheit, Deprimiertheit oder Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...Nervosität, Angst oder Anspannung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...vielen Sorgen, die Sie sich über alles Mögliche gemacht haben | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...Müdigkeit, Energielosigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Trinken Sie regelmässig Alkohol? Ja Nein

Hatten Sie im vergangenen Monat...

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ... das Gefühl, Sie sollten ihren Alkoholkonsum einschränken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... von jemandem Vorwürfe wegen Ihres Alkoholkonsums erhalten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... wegen Ihrer Trinkgewohnheiten ein schlechtes Gewissen oder sich deswegen Sorgen gemacht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... fünf oder mehr Gläser Bier, Wein oder fünf Schnäpse an einem einzigen Tag getrunken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ist ihr Impfschutz auf dem neuesten Stand? – Bringen Sie zur nächsten Konsultation Ihr Impfbüchlein mit.

Besten Dank für Ihre Bemühungen!

Haben Sie Fragen oder Bemerkungen?

