

# 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 oder haben Sie einmal geraucht?  Ja  Nein

Wenn ja: ..... Zigaretten pro Tag seit .....Jahren.  
Gestoppt im Jahre.....

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  .....

Zahnprobleme  keine  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<br>oder sich deswegen Sorgen gemacht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... fünf oder mehr Gläser Bier, Wein oder fünf Schnäpse<br>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?

-----  
-----