

Fragebogen für den Gesundheitscheck

Name: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Wie würden Sie Ihren Gewichtverlauf in den letzten 12 Monaten beschreiben?

mein Gewicht blieb stabil ich habe Gewicht zugenommen ich habe Gewicht abgenommen

Liegen bei Ihnen Allergien vor: nein ja und zwar folgende: _____

Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen? nein Schmerzen beim Wasserlassen unkontrolliertes Wasserlassen
 häufiges Wasserlassen nächtliches Wasserlassen
 ich trage dauerhaft einen Blasenkatheter

Haben Sie Probleme mit der Verdauung? nein regelmäßig flüssiger Stuhlgang regelmäßig Verstopfung
 Blut im Stuhl unkontrollierter Stuhlgang

Wie bewerten Sie Ihren Appetit? normal gemindert gesteigert

Wie ernähren Sie sich? ausgewogen vegetarisch vegan ungesund

Wann und wo war die letzte Darmspiegelung? _____ noch nie erfolgt

Befinden Sie sich in regelmäßiger gynäkologischer bzw. urologischer Krebs-Vorsorge? ja nein

Rauchen Sie? Nein, noch nie Nicht mehr seit _____ Jahren Ja, _____ Zigaretten am Tag seit _____ Jahren

Wie oft trinken Sie Alkohol? nie jährlich monatlich wöchentlich täglich

Nehmen Sie andere Drogen ein: nein ja: _____

Familiäres Risiko:

- Haben Ihre Eltern oder Großeltern im Alter unter 65 Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erlitten?

nein ja: _____

- Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen aufgetreten? Wenn ja welche?

nein ja: _____

- Sind in Ihrer Familie Diabetes, Bluthochdruck, hohe Cholesterinwerte oder andere chronische Erkrankungen aufgetreten?

nein ja: _____

Haben Sie Schlafprobleme? nein Einschlafprobleme Durchschlafprobleme Frühes Erwachen

Schnarchen nächtliche Atemaussetzer

Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt? nein ja

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? nein ja

Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern? nein ja

Haben Sie oder Ihre Angehörigen den Eindruck, dass Ihr Gedächtnis nicht mehr so gut funktioniert? nein ja

Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben?

nein ja und zwar folgendes: _____

Betreiben Sie regelmäßig Sport? nein ja und zwar: _____

Wieviele Etagen schaffen Sie beim Treppensteigen ohne Anzuhalten?

mehr als 3 Etagen 3 Etagen 2 Etagen 1 Etage ich kann keine Treppen mehr steigen

Sind Sie beim Gehen auf Hilfsmittel angewiesen? nein ja Gehstock Rollator Rollstuhl

Wie oft sind Sie im letzten Jahr gestürzt? gar nicht einmal mehrmals

(früherer) Beruf: _____ im Ruhestand arbeitslos

Familienstand: ledig liiert verheiratet verwitwet geschieden Kinder: _____

Sind Sie beim täglichen Waschen und Anziehen auf Hilfe angewiesen? nein ja

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor? nein ja, und zwar Pflegegrad _____

Kommt zu Ihnen regelmäßig ein Pflegedienst? nein ja und zwar _____ x/Tag

Müssen Sie sich regelmäßig um pflegebedürftige Angehörige kümmern? nein ja

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? nein ja

Besitzen Sie eine Vorsorge-Vollmacht? nein ja und bevollmächtigt ist: _____
mit der Telefonnummer: _____

Bitte denken Sie an das Mitbringen Ihres Impfausweises !