



## Fragebogen Gesundheitscheck

.....  
(Name)

Liebe Patientin, lieber Patient,

manche Fragen, die ich anlässlich Ihres Arztbesuches stelle, kommen für Sie vielleicht überraschend. Aus diesem Grund bitte ich Sie, sich einige Antworten schon vorher zu überlegen. Dieser Fragebogen soll das ärztliche Gespräch vorbereiten, aber nicht ersetzen.

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort zu möglichen aktuellen Beschwerden an.

Natürlich ist die Beantwortung aller Fragen freiwillig!

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hat Ihre Leistungsfähigkeit nachgelassen?                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist Ihr Appetit in letzter Zeit vermindert?                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt es Speisen, die Sie nicht vertragen?                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Sodbrennen oder Aufstoßen?                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Durchfall oder Verstopfung?                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bemerken Sie Schleim oder Blut im Stuhl?                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Müssen Sie nachts Wasser lassen?                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bemerken Sie abends geschwollene Beine?                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Schlafstörungen?                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Husten oder Auswurf?                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat sich Ihr Körpergewicht verändert?                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter einer Allergie?                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter psychischen Belastungen, Stress?             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie unzufrieden mit Ihrem Sexualleben?                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Trinken Sie Alkohol?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie Medikamente ein?                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Konsumieren Sie Drogen?                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Hautveränderungen bemerkt?                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind in Ihrer Verwandtschaft ernste Erkrankungen vorgekommen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bitte bringen Sie bitte Ihren Impfausweis und die Krankenversicherungskarte mit!

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift)

Stand 03/16