

# Fragebogen Gesundheitsuntersuchung

MVZ Schneeberg Campus Go

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

dieser Fragebogen soll Sie auf die geplante GESUNDHEITS-UNTERSUCHUNG (Check-up) vorbereiten. Die Erhebung der persönlichen Vorgeschichte ist von großer Bedeutung zur rechtzeitigen Erkennung von Gesundheitsrisiken.

Wenn Sie die Fragen bereits vorab beantworten, können wir uns im Gespräch besser auf die wichtigen Punkte konzentrieren.

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antwortfelder an.

Die Gesundheitsuntersuchung kann ab dem 35. Lebensjahr alle 3 Jahre durchgeführt werden. Zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr wird durch die Krankenkassen der Check-up nur einmalig angeboten.

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf (bei Rentner früherer Beruf): \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen oder Ihren direkten Blutsverwandten (Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen bekannt?**

|   | Selbst | Verwandte |
|---|--------|-----------|
| Bluthochdruck:                                  |        |           |
| Herzinfarkt oder Verengung der Herzkranzgefäße: |        |           |
| Schlaganfall:                                   |        |           |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Durchblutungsstörungen in den Beinen /<br>Schaufensterkrankheit:   |  |  |
| Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus:                               |  |  |
| Erhöhte Blutfettwerte:   |  |  |
| Psychische Erkrankungen:   |  |  |
| Nierenerkrankungen:  |  |  |
| Lungenerkrankungen:  |  |  |
| Krebserkrankungen:   |  |  |
| Tagesmüdigkeit / starkes Schnarchen / nächtliche<br>Atemaussetzer: |  |  |
| Allergien (ggf. genaue Bezeichnung):                               |  |  |

Operationen (mit Angabe des OP-Grundes, OP-Jahr / Klinik, Komplikationen):

- 
- 
- 

Haben Sie eine Brille: nein  ja

Haben Sie ein Hörgerät: nein  ja

Nutzen Sie weitere Hilfsmittel (Rollator, Gehbock etc.)?

---

## **Tägliches Leben:**

Rauchen Sie: nein 0 ja 0 wieviel pro Tag: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen: nein 0 ja 0 Drogenart: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol: nein 0 ja 0 wieviel pro Tag: \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport: nein 0 ja 0 Sportart: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Stress: nein 0 ja 0 wenn ja, welchen?  
\_\_\_\_\_

## **Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Probleme?**

Häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung? nein 0 ja 0

Blutbeimengungen oder Schleim im Stuhl? nein 0 ja 0

Ungewollte Gewichtsabnahme oder Gewichtszunahme? nein 0 ja 0

Ungewollte Atemprobleme z.B. bei Belastung? nein 0 ja 0

Gelenkschmerzen? nein 0 ja 0

Beklemmung / Schmerzen in der Brust bei Belastung? nein 0 ja 0

Verspüren Sie gelegentlich Herzrhythmusstörungen? nein 0 ja 0

Sind Ihnen Veränderungen an der Haut aufgefallen? nein 0 ja 0

Besteht vermehrter Durst oder vermehrtes Wasserlassen? nein 0 ja 0

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? nein 0 ja 0

Weitere gesundheitliche Probleme?

---

Waren Sie zur Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt / Urologen / Hautarzt?

Wo & wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon eine Magen- oder Darmspiegelung oder Mammografie?

Wo & wann? \_\_\_\_\_

---

Ort/Datum

Unterschrift