

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 / Schaufensterkrankheit:		
Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus:		
Erhöhte Blutfettwerte:		
Psychische Erkrankungen:		
Nierenerkrankungen:		
Lungenerkrankungen:		
Krebserkrankungen:		
Tagesmüdigkeit / starkes Schnarchen / nächtliche 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 ☐ ja ☐ wieviel pro Tag: _____

Nehmen Sie Drogen: nein ☐ ja ☐ Drogenart: _____

Trinken Sie Alkohol: nein ☐ ja ☐ wieviel pro Tag: _____

Treiben Sie Sport: nein ☐ ja ☐ Sportart: _____

Leiden Sie unter Stress: nein ☐ ja ☐ wenn ja, welchen?

Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Probleme?

Häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung? nein ☐ ja ☐

Blutbeimengungen oder Schleim im Stuhl? nein ☐ ja ☐

Ungewollte Gewichtsabnahme oder Gewichtszunahme? nein ☐ ja ☐

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

Gelenkschmerzen? nein ☐ ja ☐

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

Verspüren Sie gelegentlich Herzrhythmusstörungen? nein ☐ ja ☐

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

Besteht vermehrter Durst oder vermehrtes Wasserlassen? nein ☐ ja ☐

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? nein ☐ ja ☐

Weitere gesundheitliche Probleme?

Waren Sie zur Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt / Urologen / Hautarzt? Wo & wann? _____

Hatten Sie schon eine Magen- oder Darmspiegelung oder Mammografie? Wo & wann?
