

## Patientenfragebogen – Check-up:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.datum: \_\_\_\_\_  
Telefonnr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

### Gesundheitsuntersuchung (Check-up)

Bitte mitbringen:

- Impfausweis
- falls vorhanden: - Blutdruckwerte von zu Hause  
- Medikamentenplan

Die Gesundheitsuntersuchung dient zur Früherkennung von Krankheiten. Damit wir uns einen Überblick über eventuelle Risikofaktoren und die Lebenssituation verschaffen können, bitten wir Sie folgenden Fragebogen im Vorfeld auszufüllen.

Größe: \_\_\_\_\_ in cm                      Gewicht: \_\_\_\_\_ in kg

---

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_                      aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

---

Familienstand:     verheiratet     alleinstehend     in fester Partnerschaft     verwitwet

---

Haben Sie Kinder?     nein                       ja, Wie viele? \_\_\_\_\_

---

Wohnverhältnisse:     allein                       zusammen mit anderen Personen

---

Zigarettenkonsum     nein             Ex-Raucher\*in     ja, Wie viel?: \_\_\_\_\_ Zig/Tag

---

Alkoholkonsum:     nein                       ja, Wie viel?: ca. \_\_\_\_\_ (z.B. 3 Bier/Tag)

---

Drogenkonsum:     nein                       ja, Was?: \_\_\_\_\_

---

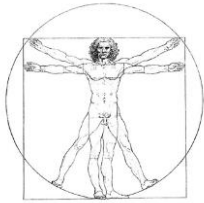
Treiben Sie Sport?:     nein                       ja, Wie lange? \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

---

Allergien?             nein                       ja, Welche? \_\_\_\_\_

---

Haben Sie einen Pflegegrad:     nein                       ja, Welchen? \_\_\_\_\_  
Pflegedienst: \_\_\_\_\_



**weitere behandelnde Ärzte:**

(z.B.: Gynäkologe, Urologe, Augenarzt, Kardiologe, Hautarzt)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**letzte Vorstellung am**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung?  nein  ja, die letzte am \_\_\_\_\_

**Bereits erfolgte Operationen:**

**Wann?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

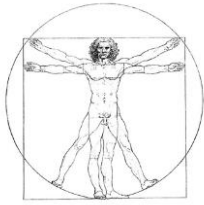
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie an, ob bei Ihnen selbst oder Verwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen bekannt sind oder waren:

	Bei mir	Verwandte 1. Grades
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohe Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt, chron. Herzerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung/Krebsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> </ul>



## üBAG Genthin – Schönhausen

Sollten Sie keinen Plan besitzen, tragen Sie Ihre aktuellen Medikamente bitte in die folgende Tabelle ein.

Name des Medikaments	Stärke (z.B. 200mg)	Warum nehmen Sie es ein?	morgens	mittags	abends	nachts
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**