

Patientenfragebogen zur hausärztlichen Vorsorgeuntersuchung

Bitte füllen Sie den Bogen vor ihrem Untersuchungstermin vollständig aus.

Name, Vorname:	
Beruf/aktuelle Tätigkeit:	
Körpergröße in cm:	Gewicht in kg (unbekleidet):

Genussmittel			
Rauchen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja → Wieviel? _____ Seit wann: _____	<input type="checkbox"/> nicht mehr seit _____
Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/> täglich
Drogen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____	Wie oft? _____

Regelmäßige Medikamente (nur *rezeptpflichtige* Medikation eintragen)

Erkrankungen in der Familie (nur <i>Blutsverwandtschaft</i>)		
Herzinfarkt/Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____
Andere schwere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____

Allgemeines Befinden			
Fühlen Sie sich zurzeit im Allgemeinen gesund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein → Warum nicht? _____	
Ist Ihr Gewicht stabil?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein: abgenommen	<input type="checkbox"/> nein: zugenommen Wieviel? _____ kg
Ist Appetit/Durst normal?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein → <input type="checkbox"/> kein Appetit/Durst <input type="checkbox"/> zu viel Appetit <input type="checkbox"/> zu viel Durst	
Ist Ihr Schlaf normal?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein → <input type="checkbox"/> Einschlafstörung <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung <input type="checkbox"/> Fehlende Erholung	
Ist Ihr Stuhlgang normal?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein → <input type="checkbox"/> zu häufig <input type="checkbox"/> zu selten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßig <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
Ist Ihr Wasserlassen normal?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein → <input type="checkbox"/> zu häufig <input type="checkbox"/> zu selten <input type="checkbox"/> schmerzhaft <input type="checkbox"/> auffällig gefärbt	

Allergien	
gegen Medikamente	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____
gegen Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____
gegen sonstiges	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____