



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Sie möchten an der Gesundheitsuntersuchung teilnehmen. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, damit wir bei dem persönlichen Gespräch besser auf Ihre Anliegen eingehen können.  
Vielen Dank.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_ **Tel-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

Sind folgende Erkrankungen bei **Ihnen** oder in **Ihrer Familie** bekannt? Bitte kreuzen Sie an.

	Familie	Selbst		Familie	selbst
Rücken-/Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnblase-/Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:					

Leiden Sie an **Allergien**? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 4 Wochen folgende **Symptome** bemerkt: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Atemnot  Husten  Gewichtsabnahme   
 Appetitminderung  Schlafstörungen  Schmerzen

Bestehen **persönliche Risikofaktoren**? Bitte kreuzen Sie an:

- Rauchen Sie? Ja, (Anzahl Zigaretten pro Tag) \_\_\_\_\_ Nein   
 Atemnot bei Belastung? Ja  Nein   
 Morgendlicher Husten mit Auswurf? Ja  Nein   
 Trinken Sie Alkohol? Ja  regelmäßig (bsp. Täglich 1 Bier)  unregelmäßig  Nein   
 Bewegen Sie sich mindst. 30 min täglich bewusst? Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift