



Name : _____ Patientennummer : _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

als Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung möchten wir Sie bitten diesen Fragebogen bereits vor dem Beratungsgespräch auszufüllen.

Mit diesem Fragebogen können wir noch gezielter auf häufige Erkrankungen oder Probleme Ihrer Altersgruppe eingehen. Gerne möchten wir Sie umfassend zu Ihren gesundheitlichen Risiken beraten. Um besser zu erkennen, wo bei Ihnen der Schuh drückt, haben wir auf der folgenden Seite Fragen zu ihrer Lebenssituation sowie zu typischen Problembereichen gestellt, - natürlich nur, worüber Sie sprechen wollen.

Wenn eine der Fragen auf der nächsten Seite auf Sie zutrifft – und wenn Sie darüber sprechen wollen, dann kreuzen Sie einfach ein „JA“ an.

	JA	NEIN
1. Sind in Ihrer Familie enge Verwandte (Eltern, Geschwister) an einem Herzinfarkt, an Diabetes oder an Bluthochdruck erkrankt?	☐	☐
2. Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als ½ Stunde (z.B. Spazieren gehen – Sport – Radfahren)	☐	☐
3. Rauchen Sie? _____ Zig/Tag	☐	☐
4. Sind Sie mit ihrem Körpergewicht unzufrieden?	☐	☐
5. Stimmt für Sie der Satz: Ich kann im Alltag nicht mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte?	☐	☐
6. Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?	☐	☐

Wie viel Alkohol trinken Sie?

	täglich	wöchentlich	selten	nie
Bier				
Wein				
Spirituosen				

7. Wann war Ihre letzte Tetanusimpfung? _____ **Bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum Untersuchungstermin mit!**

8. Haben Sie das Gefühl, sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten? Oder haben Sie das Gefühl, dass Glücksspiel ein Problem für Sie ist?	☐	☐
9. Schlafen Sie tagsüber ungeplant ein?	☐	☐
10. Haben Sie Schlafprobleme?	☐	☐
11. Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen/ das Wasser zu halten?	☐	☐
12. Leiden Sie unter Mundgeruch/Problemen mit dem Zahnfleisch oder mit dem Kauen?	☐	☐
13. Haben Sie nahe Verwandte mit grünem Star, oder sind Sie stark kurzsichtig?	☐	☐



Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin Dres. med. Mühlenfeld, Brase, Cepek, Coutelle
FB Vorsorgeuntersuchung Fragebogen 35-69 Jahre
Version 1.8

	JA	NEIN
14. Für Frauen: haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung?	☐	☐
15. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)?	☐	☐
16. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt, über die wir noch nicht gesprochen haben?	☐	☐
17. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	☐	☐
18. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	☐	☐
19. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern?	☐	☐
20. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?	☐	☐
21. Sind Sie arbeitslos ☐ oder mit Ihrer Arbeit unzufrieden?	☐	☐
22. Wenn Sie oder Ihre Eltern in einem anderen Land geboren sind: fühlen Sie sich deshalb benachteiligt?	☐	☐
23. Pflegen Sie jemanden regelmäßig?	☐	☐
24. Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen?	☐	☐
25. Möchten Sie mit uns über eine Patientenverfügung sprechen?	☐	☐
26. Haben Sie Fragen zur Krebsvorsorge?	☐	☐
27. Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Haut aufgefallen? (Bei der Untersuchung werden wir Sie bitten, sich komplett zu entkleiden)	☐	☐
28. Sind Sie durch ihr Freizeitverhalten (Sonnenurlaube, Solarien, usw.) oder ihren Beruf mehr als andere Menschen der Sonne ausgesetzt?	☐	☐

Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben?

Wenn ja, welches:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis:

☐ mit der Anforderung von Befunden und Behandlungsdaten bei anderen (Fach-)Ärzten
Übermittlung erforderlicher Befunden und Behandlungsdaten an andere (Fach-)Ärzte

☐ mit einer Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc.

*Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung zu jedem Zeitpunkt widerrufbar ist. Ansonsten gilt sie über den Tod hinaus. Ich wurde über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtsentbindung sowie die Folgen einer Verweigerung informiert. * *Nicht zutreffendes offen lassen*

Mir ist bekannt dass meine Behandlungsdaten in der Arztpraxis für Familienmedizin gespeichert werden. Alle Mitarbeiter der Praxis haben Zugriff auf diese Daten.

Ich wurde auf die allgemeine Patienteninformation der Praxis zum Datenschutz hingewiesen und habe diese zur Kenntnis genommen.

Name des Patienten leserlich in Druckbuchstaben

Unterschrift des Patienten