

## Fragebogen Gesundheitsuntersuchung

Vollständiger Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, HausNr., PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Familienanamnese

Gab oder gibt es bei Ihren Familienangehörigen:

- |                                           |                                               |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck    | <input type="checkbox"/> Osteoporose          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt      | <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten      |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall     | <input type="checkbox"/> Tumore/Krebs         |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |                                               |

### aktuelle Beschwerden

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Eigenanamnese

- Allergien: \_\_\_\_\_
- Raucher       aktiv       passiv       ehemaliger Raucher
- Alkohol       täglich       bis 3x/Woche       selten/gelegentlich
- Drogen, ggf. welche: \_\_\_\_\_
- psychische Belastungsfaktoren: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Verletzungen/Unfälle/Operationen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sport: \_\_\_\_\_       regelmäßig       selten

## Welche Vorsorgeuntersuchungen sind bereits erfolgt?

- |                                                      |              |                    |
|------------------------------------------------------|--------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Hautscreening               | Datum: _____ | Arzt/Ärztin: _____ |
| <input type="checkbox"/> Coloskopie/Darmuntersuchung | Datum: _____ | Arzt/Ärztin: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie                 | Datum: _____ | Arzt/Ärztin: _____ |
| <input type="checkbox"/> Urologie                    | Datum: _____ | Arzt/Ärztin: _____ |
| <input type="checkbox"/> Augen                       | Datum: _____ | Arzt/Ärztin: _____ |
| <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung        | Datum: _____ | Arzt/Ärztin: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____             |              |                    |

## Welche Impfungen sind bei Ihnen in den vergangenen 10 Jahren vorgenommen worden?

(bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit)

---

---

---

## Medikamente und Nahrungsmittelergänzungen: Welche Präparate/Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

## Hinweise

Im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung wird bei Ihnen der Blutdruck und die Herzfrequenz gemessen sowie der BMI und der Bauchumfang ermittelt.

Bitte lassen Sie sich von uns einen Urinbecher aushändigen. Beschriften Sie ihn mit Namen und Datum. Zur Untersuchung bringen Sie bitte darin den Morgenurin (Mittelstrahl) mit. Alternativ kann der Urin direkt in der Praxis abgegeben werden.

Ihre Medikamente können Sie wie gewohnt einnehmen mit Ausnahme von Schilddrüsenmedikamenten. Gerne dürfen Sie auch Flüssigkeiten ohne Kalorien trinken (Wasser, ungesüßter Tee...).

Damit Sie sich beim EKG wohl fühlen, bringen Sie zur Gesundheitsuntersuchung bitte ggf. ein Handtuch oder eine Decke mit.

---

Datum

Unterschrift