

Fragebogen Gesundheits-Checkup

Persönliche Daten

.....

Name	Geburtsdatum
Straße	Tel.
PLZ/Ort	Beruf
E-Mail	Größe/Gewicht
Familienstand/Kinder	

Versicherung

.....

☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Privat-Zusatzversicherung ☐ Beihilfe

Name der Versicherung: _____

Beschwerden

.....

Bitte geben Sie hier Ihre Hauptbeschwerden an:

1. _____

2. _____

3. _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente u.s.w.

Erkrankungen

Bitte schildern Sie Ihre gesundheitliche Entwicklung in zeitlicher Reihenfolge (vom Kindesalter bis heute).

Bitte geben Sie – soweit möglich – das ungefähre Alter oder das Jahr an.

Auch wiederkehrende oder scheinbar „kleinere“ Beschwerden sind wichtig.

Bitte denken Sie z. B. an:

- häufige Infekte (z. B. Ohren-, Mandel-, Bronchial-, Blasenentzündungen)
- Hauterscheinungen (Ekzeme, Ausschläge, Warzen, Akne etc.)
- Allergien oder Unverträglichkeiten
- Impfreaktionen
- Operationen
- hormonelle Veränderungen
- psychisch belastende Ereignisse
- Beschwerden, die durch Medikamente oder Salben „unterdrückt“ wurden

Erkrankungen in der Familie

.....
Welche Krankheiten sind Ihnen in der Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister

z.B. Krebs, Tuberkulose, Psychische Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne

Geschwister:

Familie mütterliche Seite:

Mutter:

Großeltern / Urgroßeltern:

Geschwister der Mutter:

Familie väterliche Seite:

Vater:

Großeltern / Urgroßeltern:

Geschwister des Vaters:

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Grund der Einnahme	Name / Wirkstoff	Dosierung	Einnahme seit

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen? _____

Grund: _____

Stuhl/Harn

Stuhlgang: ☐ täglich ☐ jeden 2./3./4. Tag ☐ unregelmäßig

Neigung zu:

☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ wechselhaft

Auffälligkeiten Stuhlfarbe/-konsistenz/-geruch:

☐ hell ☐ dunkel ☐ übelriechend

☐ hart ☐ knollig ☐ schmierig

☐ Sonstiges: _____

☐ kann Stuhl nicht halten ☐ Gefühl, nicht fertig zu werden

Harn: ☐ normal ☐ viel ☐ wenig ☐ häufig ☐ kann nicht halten

☐ Geruch nach _____

Ess-/Trinkverhalten

Wieviel Liter trinken Sie pro Tag? _____

Welche Getränke trinken Sie? _____

Alkohol: ☐ gelegentlich ☐ täglich

Ernährung: ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ Sonstiges: _____

Nahrungsmittel-Allergien/-Unverträglichkeiten: _____

Abneigung/Heißhunger bestimmte Lebensmittel: _____

Schlaf

☐ Schlaflosigkeit ☐ häufiges Erwachen (Uhrzeit _____)

☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen ☐ Sprechen im Schlaf ☐ Nachtschweiß

☐ Sonstiges: _____

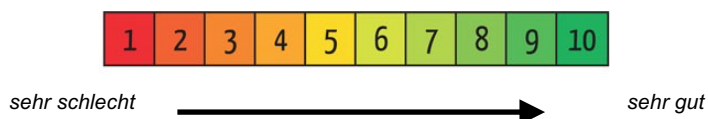
Sonstiges

Treiben Sie Sport? Welchen? _____

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein Zigaretten pro Tag: _____

Befindlichkeits-Skala

Körperliches Wohlbefinden:



Emotionales Wohlbefinden:

