

Fragebogen zur Gesundheitsvorsorge

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ (zur Aktualisierung unserer Daten)

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

	Familie	selbst		Familie	selbst
Rücken/Gelenkerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen-Darm:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislaufkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hauterkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harnblase-Nieren:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lungenerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffwechselerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebserkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(z.B. Zucker)

Sonstige: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche _____

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

Atemnot	<input type="radio"/>	Husten	<input type="radio"/>	Gewichtsabnahme	<input type="radio"/>
Appetitminderung	<input type="radio"/>	Schlafstörungen	<input type="radio"/>	Schmerzen	<input type="radio"/>

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

Nikotin Ja (Anzahl der Zigaretten pro Tag) _____ Nein :

Atemnot bei Belastung? Ja: Nein:

Morgendlicher Husten mit Auswurf Ja: Nein:

Alkohol Ja regelmäßig (z.B. täglich 1 Bier) unregelmäßig Nein

Bewegen Sie sich mind. 1 Stunde pro Woche bewusst? Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift