

Dr. Mühlenfeld



Dr. Brase

Dr. Cepek

**Gemeinschaftspraxis
für
Familienmedizin**

Dr. Coutelle

Check Up Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen der **Gesundheitsvorsorgeuntersuchung** bei uns möchten wir Sie bitten uns folgende Fragen zu beantworten. Dies unterstützt uns bei ihrer Beratung.

Bitte vergessen Sie nicht, Ihr Impfbuch zur Untersuchung mitzubringen.

1. Welche Körpergröße steht in Ihrem Pass?/bzw. wie groß waren Sie **mit 30 Jahren**?
_____ cm Wie groß sind Sie jetzt? _____ cm
 2. Leiden Ihre Eltern oder Geschwister an Osteoporose?(Knochenschwund) ja nein
 3. Haben Sie schon Knochenbrüche erlitten?
 mehrmals ja nein
 4. Sind Sie in den letzten 3 Monaten gestürzt? ja
 5. Sind Sie in den letzten 3 Monaten mit Cortisontbl. behandelt worden? ja
 6. Nehmen Sie regelmäßig Milch und / oder Milchprodukte zu sich ? ja
 7. Nehmen Sie Abführmittel ein? ja nein
 8. Nehmen Sie Hormone (Tabletten, Pflaster, Spritzen) ein? ja nein
- Betrifft nur Frauen:
9. Haben Sie noch regelmäßig Ihre Periodenblutung? ja nein
 10. Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Periodenblutung? _____ Jahre
 11. Wurde Ihnen die Gebärmutter und/ oder die Eierstöcke entfernt? ja nein

Version: 07/08

Bitte wenden!



Sind direkte Blutsverwandte von einer der folgenden Krankheiten betroffen?

- Herzinfarkt oder Herzkrankgefäßverengung? Schlaganfall?
 Krebserkrankungen (z.B. Darmkrebs Brustkrebs Hautkrebs) ?
 Allergien? (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)?

Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Probleme:

- häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung?
 Blutbeimengungen oder Schleim im Stuhl?
 Ungewollte Gewichtsabnahme oder Gewichtszunahme?
 Schwitzen Sie nachts plötzlich ungewöhnlich stark?
 Vermehrter Durst oder vermehrtes Wasserlassen?
 Ungewohnte Atemprobleme, z.B. bei Belastung?
 Schmerzen im Brustkorb bei Belastung?
 Verspüren Sie häufig Herzrhythmusstörungen?
 Haben Sie gelegentlich geschwollene oder schmerzende Beine?

Mein Problem:.....

Rauchen Sie? Nein Ja _____ Päckchen/Tag seit _____
Treiben Sie Sport? Nein Ja _____

Wie viel Alkohol trinken Sie?

	täglich	wöchentlich	selten	nie
Bier				
Wein				
Spirituosen				

Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Haut aufgefallen?

- Ja Nein

Hatten Sie als Kind häufiger Sonnenbrand?

- Ja Nein

Sind Sie gegen etwas allergisch?

- Nein Ja, gegen _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____