



Name : _____ Patientennr.: _____

Mobiltelefonnummer: _____ Emailadresse: _____

**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. Sie können uns helfen zu erkennen, wo der Schuh drückt, indem Sie den Fragebogen ausfüllen (natürlich nur, wenn Sie darüber sprechen wollen).**

Wenn eine der folgenden Fragen 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als ½ Stunde. (z.B. Spazieren gehen – Sport – Radfahren - Tanzen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Rauchen Sie? _____Zig/d | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Sie mit ihrem Körpergewicht unzufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch oder Mundgeruch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Für viele leichtere Erkrankungen braucht man nicht unbedingt einen Arzt. Möchten Sie Beratung zum Umgang mit grippalen Infekten, Magen-Darm-Problemen oder Rückenschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Sind Sie arbeitslos <input type="checkbox"/> oder mit Ihrer Arbeit sehr unzufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben sie ernsthafte finanzielle Sorgen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin Dres. med. Mühlenfeld, Brase, Godt
FB Vorsorgeuntersuchung Fragebogen 18-34 Jahre
Version 1.12

	JA	NEIN
14. Wenn Sie oder Ihre Eltern in einem anderen Land geboren sind: fühlen Sie sich deshalb benachteiligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gibt es Angelegenheiten der Familienplanung/ Sexualität, über die Sie mit uns sprechen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wann war Ihre letzte Tetanusimpfung? _____ Bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum Untersuchungstermin mit!		
20. Für Frauen: haben Sie noch nie oder lange nicht mehr an einer Krebsvorsorge-Untersuchung am Gebärmutterhals teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Für Frauen: haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wünschen Sie Informationen zur Organspende? Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja; welches:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis:

- mit der Anforderung von Befunden und Behandlungsdaten bei anderen (Fach-)Ärzten
- Übermittlung erforderlicher Befunde 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