



Name : _____ Patientennummer : _____

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. Gerne möchten wir Sie umfassend zu Ihren gesundheitlichen Risiken beraten. Um besser zu erkennen, wo bei Ihnen der Schuh drückt, haben wir auf der folgenden Seite Fragen zu ihrer Lebenssituation sowie zu typischen Problembereichen gestellt, - natürlich nur, worüber Sie 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. | Trifft für Sie der Satz zu: Ich kann im Alltag nicht mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte? | <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)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Haben Sie Probleme mit der Luft? Rauchen Sie? _____ Zig/Tag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Fühlen Sie sich beim Gehen unsicher? Oder sind Sie in letzter Zeit gestürzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Fühlen Sie sich häufig erschöpft oder müde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Schlaf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Sind Sie kleiner geworden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Haben Sie oder Ihre Angehörigen den Eindruck, dass Ihr Gedächtnis nicht mehr so gut funktioniert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Augen Sie im Stich lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Haben Sie Probleme mit dem Hören? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Wasserlassen/ das Wasser zu halten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Haben Sie Probleme mit der Verdauung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Kauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Hat sich Ihr Körpergewicht verändert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Haben Sie Probleme mit dem Appetit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Leiden Sie dauerhaft unter Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Wann war Ihre letzte Tetanusimpfung? _____ Bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum Untersuchungstermin mit! | | |



Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin Dres. med. Mühlenfeld, Coutelle, Godt
FB Vorsorgeuntersuchung Fragebogen ab 70 Jahre
Version 2.0

| | | JA | NEIN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------|--------|-----|------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 17. | Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken? Wie viel Alkohol trinken Sie? <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>täglich</th> <th>wöchentlich</th> <th>selten</th> <th>nie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bier</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wein</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Spirituosen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | täglich | wöchentlich | selten | nie | Bier | | | | | Wein | | | | | Spirituosen | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | täglich | wöchentlich | selten | nie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bier | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Spirituosen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. | Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben? Welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. | Sind Sie unsicher bei der Einnahme Ihrer Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. | Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. | Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22. | Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23. | Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24. | Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25. | Pflegen Sie jemanden regelmäßig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. | Brauchen Sie Beratung zu einem Antrag zur Pflegeversicherung oder über Hilfsmittel (Rollator, Greifzange, Toilettensitz-Erhöhung etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27. | Möchten Sie mit uns über eine Patientenverfügung sprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28. | Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29. | Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Haut aufgefallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30. | Sind Sie durch ihr Freizeitverhalten (Sonnenerholungsurlaub, Solarium, usw.) oder ihren Beruf mehr als andere Menschen der Sonne ausgesetzt (gewesen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31. | Wünschen Sie Informationen zur Organspende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bei der Untersuchung werden wir Sie bitten sich komplett zu entkleiden.
Gibt es noch ein weiteres Problem, das wir bislang nicht angesprochen haben?

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

Geändert: 28.02.24
Frau Scharsich

Geprüft: 28.03.24
Herr Dr. Mühlenfeld

Freigegeben: 28.02.24
Herr Dr. Mühlenfeld

Ablaufdatum: 24.02.27