



ILKA FLIEGERT

Praxis für Allgemeinmedizin
im Brandt Quartier

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
Rücken/Gelenkerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnblase-Nieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (z.B. Zucker)
Krebserkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Blutdruck _____ mmHg

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche _____

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

Atemnot Husten Gewichtsabnahme Appetitminderung

Schlafstörungen Schmerzen

Bestehen persönliche Risikofaktoren?

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

Datum

Unterschrift