

## Patientenfragebogen – Check-up:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.datum: \_\_\_\_\_  
Telefonnr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

### Gesundheitsuntersuchung (Check-up)

Bitte mitbringen:

- Impfausweis
- falls vorhanden: - Blutdruckwerte von zu Hause  
- Medikamentenplan

Die Gesundheitsuntersuchung dient zur Früherkennung von Krankheiten. Damit wir uns einen Überblick über eventuelle Risikofaktoren und die Lebenssituation verschaffen können, bitten wir Sie folgenden Fragebogen im Vorfeld auszufüllen.

Größe: \_\_\_\_\_ in cm                      Gewicht: \_\_\_\_\_ in kg

---

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_                      aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

---

Familienstand:     verheiratet     alleinstehend     in fester Partnerschaft     verwitwet

---

Haben Sie Kinder?     nein                       ja, Wie viele? \_\_\_\_\_

---

Wohnverhältnisse:     allein                       zusammen mit anderen Personen

---

Zigarettenkonsum     nein     Ex-Raucher\*in     ja, Wie viel?: \_\_\_\_\_ Zig/Tag

---

Alkoholkonsum:     nein                       ja, Wie viel?: ca. \_\_\_\_\_ (z.B. 3 Bier/Tag)

---

Drogenkonsum:     nein                       ja, Was?: \_\_\_\_\_

---

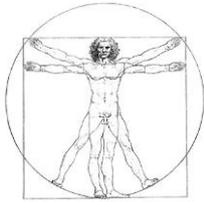
Treiben Sie Sport?:     nein                       ja, Wie lange? \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

---

Allergien?     nein                       ja, Welche? \_\_\_\_\_

---

Haben Sie einen Pflegegrad:     nein                       ja, Welchen? \_\_\_\_\_  
Pflegedienst: \_\_\_\_\_



**weitere behandelnde Ärzte:**

(z.B.: Gynäkologe, Urologe, Augenarzt, Kardiologe, Hautarzt)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**letzte Vorstellung am**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung?  nein  ja, die letzte am \_\_\_\_\_

**Bereits erfolgte Operationen:**

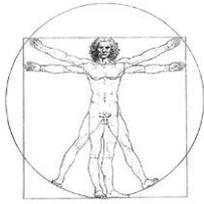
**Wann?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie an, ob bei Ihnen selbst oder Verwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen bekannt sind oder waren:

|  | Bei mir   | Verwandte 1. Grades   |
|--|---|---|
| Bluthochdruck  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| hohe Cholesterinwerte                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)                               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt, chron. Herzerkrankung) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Schlaganfall   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Nierenerkrankung   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Lungenerkrankung   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Tumorerkrankung/Krebsleiden                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Welche? _____  |   |   |
| Sonstige Erkrankungen                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Welche?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> </ul> |



## üBAG Genthin – Schönhausen

Sollten Sie keinen Plan besitzen, tragen Sie Ihre aktuellen Medikamente bitte in die folgende Tabelle ein.

| Name des Medikaments | Stärke<br>(z.B. 200mg) | Warum nehmen Sie es<br>ein? | morgens                  | mittags                  | abends                   | nachts                   |
|----------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                      |                        |                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |                        |                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |                        |                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |                        |                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |                        |                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |                        |                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |                        |                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |                        |                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**