

# Fragebogen zur Gesundheit

Die von Ihnen gemachten Angaben sind vertraulich und bleiben bei uns in der Praxis unter Verschluss. Der Arbeitgeber hat kein Einsichtsrecht.

Name:..... Vorname: ..... Geburtsdatum:.....

Adresse: ..... Handy/ Telefon: .....

PLZ, Ort:..... E-Mail:.....

Geschlecht:             weiblich                                     männlich

## 1. Wie schätzen sie Ihre Gesundheit im Allgemeinen ein?

körperlich:             sehr gut             gut             mittel             schlecht

seelisch:             sehr gut             gut             mittel             schlecht

2. Wie groß sind Sie? ..... in cm                                    Wie schwer sind Sie? ..... in kg

## 3. Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein             (fast) jeden Tag             2-3 x / Woche             ca. 1 x / Woche

4. Hatten Sie einen Unfall mit bleibenden Beeinträchtigungen?             ja             nein

Wenn ja, was war das für ein Unfall und in welchem Ausmaße sind Sie beeinträchtigt?.....

.....  
.....  
.....

## 5. Hatten Sie in den Letzten 12 Monaten Probleme?

	Nie	selten	ziemlich oft	sehr oft
<b>Rücken/ Gelenken</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gewicht</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Kopfschmerzen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Bauchschmerzen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Schlafstörungen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyche (z.B. Angst Depressionen o. ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**6. Leiden Sie an einer chronischen (über mindestens sechs Monaten immer wieder auftretenden) Krankheit wie z.B.:**

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergie (Unverträglichkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankungen der Wirbelsäule (Skoliose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz- Kreislauf Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**  ja  nein

Wenn ja, welche Medikamente? .....

**8. Leiden Sie an einer schweren Beeinträchtigung der Sinnenorgane? ( z.B. Schwerhörigkeit, starker Sehfehler, der mit einer Brille nicht korrigiert werden kann, o. ä.)**

ja  nein

Wenn ja, welche Beeinträchtigung? .....

**9. Sind Sie „farbenblind“?**  ja  nein

**10. Rauchen Sie ?**

ja  nein, ich habe aufgehört  nein, noch nie

Falls Sie rauchen, wie viele Zigaretten Rauchen sie am Tag? .....

**11. Trinken Sie alkoholische Getränke?(z.B.Alcopops, Cocktails, Bier, Wein, Schnaps o.ä.)**

nie  01 mal pro Woche  0 mehrmals pro Woche  0 jeden Tag

**12. Haben Sie in den letzten 30 Tagen Partypillen („Ecstasy“, „Speed“, usw.) konsumiert?**

nie       1 oder 2 mal       3 – 9 mal       öfter       jeden Tag

**13. Konsumieren Sie Drogen ( Cannabis, Kokain, Heroin, o.ä.)**       ja       nein

Wenn ja, welche: .....

**14. Traten bei Familienangehörigen Erkrankungen auf?**

	ja	nein	Bei wem?
<b>Bluthochdruck</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
<b>Herzerkrankung</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
<b>Arterielle Verschluss- Krankheiten</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
<b>Diabetes</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
<b>Erhöhte Blutfettwerte</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
<b>Nierenerkrankungen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
<b>Lungenerkrankungen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....

**15. Leiden Sie unter folgenden Belastungen?**

	ja	nein
<b>Dauerhafte emotionale Belastung</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Bewegungsmangel</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Durch eine Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe.**

**Datum**

**Unterschrift Patient**