

## Fragebogen zur Vorsorge-Untersuchung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Normalschicht:

Wechselschicht:

### Tägliches Leben

Rauchen Sie?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Päckchen pro Tag

Haben Sie Allergien?  nein  ja, gegen \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  nein  ja, \_\_\_\_\_

Trinken Sie  
Alkohol?

	täglich	wöchentlich	selten	nie
Bier				
Wein				
Spirituosen				

### Operationen:

nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

wann : \_\_\_\_\_

### Haben Sie gesundheitliche Probleme?

- Häufiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung
- Blutbeimengungen oder Schleim im Stuhl
- Ungewollte Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme
- Schwitzen Sie plötzlich nachts ungewöhnlich stark?
- Vermehrter Durst oder vermehrtes Wasserlassen
- Ungewollte Atemprobleme, z.B. bei Belastung
- Schmerzen im Brustkorb bei Belastung
- Verspüren Sie häufig Herzrhythmusstörungen?
- Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Haut aufgefallen?
- Leiden Sie häufig unter Schnupfen?
- Haben Sie gelegentlich geschwollene oder schmerzende Beine?

### Familiäre Belastungen:

Sind direkte Verwandte von einer der folgenden Krankheiten betroffen?

- Herzinfarkt oder Herzkranzgefäßverengung
- Schlaganfall
- Krebserkrankungen (z.B. Darm- oder Brustkrebs)
- Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)
- Diabetes

Eltern	Großeltern	Geschwister