

# Fragebogen zur Vorsorge-Untersuchung



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

Anschrift: \_\_\_\_\_

## Familiäre Belastungen:

Sind direkte Verwandte von einer der folgenden Krankheiten betroffen?

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

## 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?

## Tägliches Leben

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

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

Trinken Sie Alkohol?

	täglich	wöchentlich	selten	nie
Bier				
Wein				
Spirituosen				

Sind Sie allergisch?  nein  ja, gegen \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

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

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Normalschicht:  Wechselschicht: